



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

**INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS
PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

Autores

Márquez Marie Gabriela

Restani María Antonella

Tutor

Montilla Margriet

Urb. Yuma II, calle N° 3. Municipio San Diego
Teléfono: (0241) 8714240 (master) – Fax: (0241) 8712394

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA



**INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS
PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ
ANTONIO PÁEZ**

Autores

Márquez Marie Gabriela

Restani María Antonella

Tutor

Montilla Margriet

San Diego, Noviembre 2017



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CARRERA ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LA MALOCCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES
DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO
Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

ESTUDIANTES

Cédula de Identidad N°

Nombres y apellidos

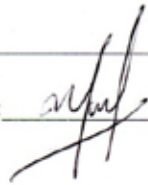
1. 25.437.031

Marie Márquez

2. 23.801.573

Antonella Restani

Tutor Propuesto: Margriet Montilla

Firma: 

Cédula de Identidad N° 8.832.191


Firma

COORDINACIÓN DE PASANTÍA Y TRABAJO DE GRADO



19/10/17
Fecha



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Marquez Perez	Marie Gabriela	25.437.031
Dirección: Res. MonteMayor San Diego-Edo Carabobo		Teléfono: 0424-5277257
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	11,61
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Marie Marquez	Teléfono: 0424-5277257
Título Del Trabajo: INFLUENCIA DE LA MALOCLUSIÓN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERDAD JOSE ANTONIO PAEZ.		
Breve Explicación: La boca es considerada un órgano de vital importancia para el desarrollo de todo ser humano e investigar las alteraciones que afectan al mismo, entre estas las maloclusiones, las cuales constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo: Julio-Septiembre		
Tutor Académico Propuesto: Margriet Montilla		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Heylin Ollarves		19/10/13
NOMBRE	FIRMA	FECHA
Rachbo piz		24/10/13
NOMBRE	FIRMA	FECHA

DIRECCION DE LA ESCUELA: _____





UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 PLANILLA SOLICITUD

DATOS PERSONALES		
Apellidos	Nombres	Cedula De Identidad
Restani Yamarte	Maria Antonella	23.801.573
Direccion: Avenida Alejandro Jimenez Oeste, Corinsa- Cagua, Edo Aragua		Teléfono: 0426-1409989
DATOS ACADÉMICOS		
Escuela Odontología	Indice Académico	11,43
DATOS DEL PROYECTO DE GRADO		
Autor		
Nombre	Restani Maria Antonella	Teléfono: 0426-1409989
Titulo Del Trabajo: INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ.		
Breve Explicacion:		
Lugar Donde Se Desarrollara El Proyecto: Universidad Jose Antonio Paez		
Tiempo De Desarrollo:		
Tutor Académico Propuesto: Margriet Montilla		

APROBADO: NO APROBADO:

COMITÉ DE EVALUACIÓN, COORDINACIÓN DE PASANTIAS Y TRABAJO DE GRADO

Heylin Ollarves *HO* 29/10/12

NOMBRE FIRMA FECHA
 Rodrigo Pao *R.Pao* 29/10/12

NOMBRE FIRMA FECHA
 DIRECCION DE LA ESCUELA:





UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGIA
CARRERA DE ODONTOLOGIA

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.

Quien suscribe, Odontólogo Margriet Montille, portadora de la cédula de identidad No. 8.832.191, en mi carácter de tutor del trabajo de grado presentado por los ciudadanos Márquez Marie Gabriela C.I. 25.437.031 y Restani María Antonella C.I. 23.801.573. Titulado "INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERDAD JOSE ANTONIO PAEZ". Presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo, y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En San Diego, a los días 6 del mes de 9 del año 2017.

Margriet Montille
Od. Margriet Montille
CI: V- 8-832191




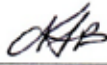
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

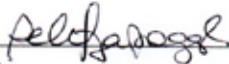
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado "INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ", realizado por Marie Marquez . C.I. 25.437.031 . Cursante de la carrera ODONTOLOGIA, hace constar después de analizar su contenido y oída la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: diez y siete (17) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)
Nombre: Margriet Montilla
C.I.: 8.832.191


Jurado
Nombre: Nora De Fraino
C.I.: 3.990.402


Jurado
Nombre: Belitza Boggio
C.I.: 3.897.559

Fecha: 4/11/2







UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
COORDINACIÓN DE TRABAJO DE GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

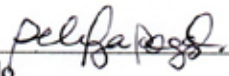
ACTA DE APROBACION DEL TRABAJO DE GRADO

El jurado designado por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la evaluación del trabajo de grado titulado “INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ”, realizado por María Antonella Restani Yamarte de C.I. 23.801.573. Cursante de la carrera ODONTOLÓGIA, hace constar después de analizar su contenido y oír la exposición oral, considera que reúne los méritos suficientes para su aprobación, asignándole la CALIFICACIÓN DEFINITIVA

DE: diecisiete (17) PUNTOS.


Tutor Académico (Coordinador)
Nombre: Margriet Montilla
C.I.: 8.832.191


Jurado
Nombre: Nora De Fraino
C.I.: 3.990.402


Jurado
Nombre: Belitza Boggio
C.I.: 3.897.559



Fecha: 4/11/2

DEDICATORIA

Muchas personas creen que algunos logros obtenidos sin esfuerzo o sacrificio no son apreciados tanto como aquellos que sí lo son. Es por ello que hoy reconozco y dedico orgullosamente este logro a quienes con tanto esfuerzo y sacrificio han logrado que todo sea posible, sin importar los obstáculos, ni las trabas, capaces de mover cielo y tierra con el fin de conseguir los objetivos, quienes me inspiran cada día a ser mejor, y a que nada es imposible, que todo se puede lograr con amor, constancia, dedicación, perseverancia, optimismo y honestidad, todo esto han podido transmitirlo a través de sus enseñanzas, sermones, paciencia y amor, así como a través de la practica en su día a día, quienes han sido motivo de inspiración y admiración, que aunque al principio no lo haya podido apreciar, hoy los reconozco y admiro, mis padres. A mi hermano quien a través de su actitud de despreocupación siempre esta y ha estado preocupado por mi bien estar, y aunque finja no escucharme, sé que lo hace y cuando menos lo espero recibo de él los mejores consejos y soluciones, le dedico este logro, por hacerme reír, apoyarme en todo. A mis amigas y amigos que a pesar de las circunstancias por las que estuviera pasando siempre estuvieron para darme su mano, palabras de aliento y motivación; que se hacían llamar los extraños, y en el fondo sabemos que no tenemos nada de extraños, con su amor incondicional y a pesar de la distancia siempre estuvieron y están para mí, impulsándome, y levantándome en mis caídas les dedico este logro.

AGRADECIMIENTOS

La vida es motivo de agradecimiento, el simple hecho de levantarnos cada día y tener tanto para apreciar, sentir, oler, saborear, escuchar y percibir es motivo de alegría, inspiración, plenitud, paz con nosotros mismos y con el mundo que nos rodea, no hay nada mejor devolvérselo a través del agradecimiento. Si la vida y todo lo que nos rodea existe por amor, ¿Por qué no agradecer el exceso de amor que recibimos? Es por ello que doy mi vida en gratitud a ella y a mis padres por ofrecerme esta oportunidad de tenerla y de vivirla, así como todo lo que esta aventura me ha traído, no ha sido un camino fácil que recorrer, pero a pesar de mis errores, caprichos, y defectos mis padres siempre han estado ahí para alivianar mi carga y mostrarme las mejores decisiones y opciones. Gracias por su esfuerzo, dedicación, paciencia y amor, Gracias por este logro, por esta oportunidad, Gracias por apoyarme, acompañarme, ayudarme a enfrentar la vida, aguantarme, Gracias MAMÁ, Gracias PAPÁ. Gracias por ser Mis padres.

En este camino de aprendizaje me he topado con personas grandiosas que me han inspirado y guiado, exigiéndome para yo ser mejor cada día, respetando y aceptándome, les agradezco por su paciencia, docencia, transmitirme sus experiencias y amistad, más que profesores, profesionales, y futuros colegas son grandes amigos. A mis amigas y amigos que me acompañaron, ayudaron, asistieron, que me prestaron materiales, instrumentos pacientes, padres, casa, perros, guías, batas, etc. les agradezco por su amor, risas, momentos, tiempo, en especial por su amistad. A mis pacientes en especial aquellos que siendo conscientes del esfuerzo que realizaban mis padres y de las circunstancias (país, universidad, personales) fueron constantes y responsables, que aun sabiendo de mi inexperiencia me confiaron sus dientes así como a sus hijos; les agradezco a aquellos pacientes agradecidos, cooperadores, y que siempre me transmitían sus lindos deseos, lagrimas cargadas de grandes sentimientos vibras y energías, ansiando junto conmigo este gran momento, se los agradezco de corazón.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por permitirme llegar a este punto de mi vida y siempre haber iluminado mi camino.

Con mucho amor a mi madre Ana Pérez y a mi padre Luis Márquez por su apoyo incondicional, en momentos donde más los necesite. Por su insistencia, su perseverancia y por su apoyo moral para conseguir mis metas trazadas.

A mis hermanas Grecia Hevia y Mayra Pérez aunque estuvieron lejos de mí siempre me apoyaron y creyeron en mí .

A mis pacientes que sin ellos hubiera sido imposible tan difícil tarea a lo largo de mi carrera, gracias por su paciencia y responsabilidad siempre.

A mis amigas y demás familiares por creer siempre en mí y con su aliento me pudieron guiar para tan maravilloso éxito.

A los profesores y a la comunidad Universitaria en general por ser testigo de esta meta.

A todos ustedes mil gracias, por lo que el título obtenido se convierta en un mar de bendiciones.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios Todo Poderoso por iluminar mi camino en el logro de tan ansiada meta.

Agradezco a los tutores metodológicos y académicos por haber puesto dedicación y paciencia a lo largo del desarrollo de este trabajo.

También les agradezco a mis padres quienes me acompañaron de forma incondicional dándome el mejor de los ánimos, por sus palabras y por su entrega. Por sus hechos para facilitarme todo y su comprensión.

A todos mis seres queridos quienes fueron mi apoyo y siempre estuvieron en todo momento a dispuestos a aportar, con sus palabras y presencia contribuyeron con este logro alcanzado.

Gracias a mis amigas y compañeros con quienes conviví dentro y fuera de la universidad y siempre estuvieron pendientes de este proyecto.

A La universidad por enseñarme de lo que soy capaz, gracias por formarme académicamente.

Mil Gracias a Todos.

INDICE GENERAL

	pp.
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema.....	3
1.2. Formulación del Problema	6
1.3. Objetivos de la Investigación.....	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	6
1.4. Justificación de la Investigación	6
1.5. Delimitación.....	8

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	9
2.2. Bases Teóricas.....	13
2.3. Definición de Términos Básicos	43

CAPÍTULO III: MARCO REFERENCIAL CONCEPTUAL

3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	44
3.1.1. Tipo de Investigación.....	44
3.1.2. Diseño de Investigación.....	45
3.2. Población y Muestra	45
3.3. Técnica e instrumento de Recolección de la Información.	46
3.4. Validez del Instrumento	47
3.5. Presentación y Análisis de los Datos Recolectados	47

3.6. Sistema de Variables.....	48
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	
4.1. Presentación y Análisis de los Resultados	49
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	57
5.2. Recomendaciones.....	59
REFERENCIAS	60
ANEXOS	63
A Operacionalización de las Variables	64
B Instrumento de Recolección de Datos	65
C Validez de contenido de Instrumento	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°	pp.
1 Distribución por Edad.....	49
2 Distribución de Sexo.....	50
3 Características Periodontales	51
4 Maloclusiones	52
5 Alteraciones Periodontales.....	54
6 Diagnóstico Periodontal.....	55
7 Relación entre respuestas periodontales y maloclusiones.....	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráficos N°	pp.
1 Distribución por Edad.....	49
2 Distribución de Sexo.....	50
3 Características Periodontales	51
4 Maloclusiones	53
5 Alteraciones Periodontales.....	54
6 Diagnóstico Periodontal.....	55



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

**INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE
LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y
ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ**

Autor (a): Márquez Marie C.I. 25.437.031
Autor (a): Restani Maria Antonella C.I. 23.801.573
Tutor: Montilla Margriet
Fecha: Noviembre 2017

RESUMEN INFORMATIVO

La boca es considerada un órgano de vital importancia para el desarrollo de todo ser humano e investigar las alteraciones que afectan al mismo, entre estas las maloclusiones, las cuales constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental. El presente trabajo de grado tuvo como objetivo demostrar la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales de los pacientes infantiles entre 5 y 13 años que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez del municipio San Diego Estado Carabobo en el periodo julio- octubre del 2017. El estudio se fundamentó en una investigación descriptiva, de campo. La muestra está constituida por 66 pacientes infantiles, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los datos recolectados fueron analizados a través de la estadística descriptiva, y los resultados presentados en gráficos de barra. El estudio concluyó que detectar las maloclusiones y enfermedades periodontales a temprana edad permite la detección precoz de anomalías dentomaxilares permitiendo la aplicación de medidas preventivas e interceptivas que contribuyen a limitar su progresión. No obstante, un tratamiento temprano puede ser efectivo en situaciones específicas, pero debe decidirse de acuerdo al caso. Por ello, es necesario desarrollar modelos de atención con programas preventivos – interceptivos a nivel interinstitucional que conlleve a desarrollar medidas que ayuden a reducir la prevalencia de las enfermedades bucales.

Descriptores: Maloclusión, Enfermedad Periodontal, Escolares.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances que ha experimentado la Odontología en los últimos años, la caries dental y la enfermedad periodontal siguen siendo los más importantes problemas de salud bucodental a nivel mundial. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud advierte que la caries dental afecta a los escolares de todo el mundo. Asimismo, indica que la mayoría de los niños a nivel mundial presentan signos de gingivitis y que la periodontitis grave en la mayoría de los grupos etarios. Estas enfermedades están relacionadas directamente con la presencia de placa y cálculo dental, los cuales están presentes en los sectores de la población de bajo nivel socioeconómico.

En Venezuela la caries dental, enfermedad periodontal y la maloclusión dentaria son unos de los problemas de salud que afecta la mayor parte de la población, debido al alto consumo de azúcares extrínsecos, hábitos bucales y la falta de higiene, que son los principales factores exacerbantes de esta patología.

Entre países desarrollados y sub desarrollados, Venezuela ocupa el segundo lugar de enfermedades dentales precedido por las maloclusiones y las caries. Su complejidad aumenta con la edad, siendo tratados en su mayoría de forma tardía cuando la dentición permanente está completa y el proceso de crecimiento y desarrollo ha concluido, necesitando tratamientos complejos y costosos. Sin embargo, muchos de estos problemas pueden ser tratados en edades tempranas con procedimientos sencillos y económicos. Los programas de salud oral del Ministerio Popular Para la Salud van dirigidos a la prevención de las caries dentales y enfermedades periodontales, quedando por fuera las maloclusiones dentales en niños.

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de esta investigación es demostrar la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales de los pacientes infantiles entre 5 y 13 años que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez del Municipio San Diego Estado Carabobo en el periodo julio- octubre del 2017.

Para ello, el presente trabajo se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I, plantea el problema objeto de la investigación, se fijaron los objetivos, tanto el general como los específicos, los cuales están relacionados a las variables del estudio, se justificó la investigación desde diferentes ángulos y se delimitó la investigación para facilitar la misma.

Capítulo II, hace referencia a los antecedentes encontrados, tanto nacionales como internacionales. De igual manera, se expusieron las bases teóricas relacionadas a la maloclusión y enfermedad periodontal en niños, así como las bases legales y normativas que sustentan la investigación.

Capítulo III, define el tipo de investigación en el cual se fundamentó la investigación, siendo esta de campo, descriptiva, no experimental. Así mismo se estableció la muestra, la cual estuvo constituida por los pacientes infantiles entre 5 y 13 años que acudieron a la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez del municipio San Diego Estado Carabobo durante el periodo julio-octubre del 2017, a quienes se les aplicó como técnica de recolección de datos la observación directa y como instrumento la historia clínica adaptada a las variables del estudio.

Capítulo IV, comprende el análisis e interpretación de los resultados, los cuales se presentaron a través de tablas de distribución de frecuencias y gráficos de barra.

Capítulo V, expone las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se presentan las referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años, en Venezuela es difícil el cuidado y mantenimiento de la salud, ya que ésta se ve afectada por la falta de insumos como medicamentos y productos básicos de cuidado y aseo personal. La población se ve obligada en cubrir primeramente las necesidades de alimentación antes que cualquier otra, adaptándose a los productos de fácil acceso y descuidando su salud general, entre ellos la oral, viendo como lujo a los servicios de salud como la odontología por sus altos costos.

Por ello, se debe hacer mención que la salud está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, que tiene una persona” (p.1), sino la prevención como pilar fundamental para una salud dental idónea. Además, es importante tener un buen cuidado general, evitando situaciones de estrés, preocupaciones, mantenerse físicamente activo, así como una buena alimentación, sana y balanceada, crear hábitos de higiene que contribuyen a una satisfactoria salud bucal. En cuanto a la salud bucodental, la OMS (2017) define la salud bucodental como:

la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su nivel psicosocial.(p.1)

Dada la alta incidencia que presentan las enfermedades bucales, existe la

necesidad de prevenirlas, para ello hay ramas de la odontología que proporcionan soluciones para estos problemas. De acuerdo con lo anteriormente dicho, “la Odontología es la especialidad que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades del aparato estomatognático, el cual incluye además de los dientes, las encías, el tejido periodontal, el maxilar superior, el maxilar inferior, y la articulación temporomandibular. Las principales enfermedades de las que se ocupa la odontología son la caries dental, la enfermedad periodontal y la maloclusión”.

En este orden de ideas, la incidencia de enfermedades periodontales en personas de todas las edades según Eley, Soory y Manson(2011), aseguran que la enfermedad periodontal “es una agresión patógena inflamatoria continua a nivel sistémico, por la gran cantidad de superficie de epitelio ulcerado de las bolsas que permite a través de tres mecanismos el paso de bacterias y sus productos al organismo” (p.45). Este trastorno afecta las estructuras de inserción del diente llevando a la pérdida de inserción periodontal, y por último la posible merma temprana de los dientes.

Así mismo, Eley, Soory y Manson (ob.cit), especifican que “la mala alineación de los dientes predispone a la retención de placa y dificulta su eliminación; Del mismo modo, aquellos pacientes con aparatología ortodóncica tienden a tener gran acumulación de placa, dado a que llevan los aparatos de día y de noche, produciendo así una inflamación grave con agrandamiento gingival” (p.46). Es por ello que esto se ve influenciado por la higiene oral del paciente así como la de su aparatología.

Por ello, la severidad de gingivitis y periodontitis es menos intensa en niños que en adultos. Ésta se inicia en la infancia seguida de un aumento gradual en su prevalencia, en la pubertad y ocurriendo primero en las mujeres. Este incremento con la edad, es atribuido al aumento de los sitios de riesgo, la acumulación de placa asociada con la erupción y exfoliación dental y a la influencia de los factores hormonales durante la pubertad.

Otro problema muy común es la maloclusión, la cual es definida por Betancourt (2016) como:

Cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior e inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares o entre el tamaño del maxilar y los dientes, provocando un apiñamiento o patrones de mordida anormales, así mismo los dientes supernumerarios, malformados, incluidos, o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la maloclusión. (p.18).

Dentro de las principales causas que originan problemas de maloclusión se pueden mencionar los factores hereditarios, los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento, como chuparse el dedo, presión de los dientes con lengua, el biberón después de los tres años, así como los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios. Es por ello, que existe gran número de niños que presentan enfermedades bucodentales. Evidencia de esto se observa en el área Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez, donde los infantes de temprana edad presentan cálculo dental y otras enfermedades periodontales, que no solo se ven afectadas por una mala oclusión, sino también por una mala higiene.

Por lo anteriormente expuesto, el presente trabajo de investigación se elabora con la finalidad de prevenir y concientizar a niños así como a sus representantes, las causas que pueden ocasionar las maloclusiones en los tejidos periodontales. El aporte de este estudio resultará un beneficio extraordinario para la población infantil, pues la identificación de los principales factores de riesgo de las enfermedades bucales más frecuentes en edades tempranas permitirá elaborar programas preventivos concretos dirigidos al control de estas, con vistas a disminuir en la aparición de estas afecciones en nuestros niños, elevando así su nivel de salud.

1.2. Formulación del problema

Por lo antes expresado se plantea la siguiente interrogante: ¿Es posible que los tejidos periodontales se vean afectados únicamente por la mala higiene oral de cada paciente, o dependan del tipo de malposición dental que estos presentan? O ¿Existen otros factores externos a estos que influyan directamente en los tejidos periodontales de la población infantil?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Demostrar la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales de los pacientes infantiles entre 5 y 13 años que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez del municipio San Diego Estado Carabobo en el periodo julio- octubre del 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

Determinar las características periodontales en pacientes infantiles con maloclusión.

Identificar los tipos de maloclusión dental en los pacientes infantiles.

Relacionar las respuestas periodontales en pacientes infantiles con las maloclusiones.

1.4. Justificación de la Investigación

La boca es considerada un órgano de vital importancia para el desarrollo de todo ser humano, por ello se vuelve imprescindible investigar las alteraciones que la

afectan. Entre las alteraciones más comunes se encuentra la maloclusión, la cual consiste en una mala disposición de los dientes creando un problema tanto funcional como psicosocial. Estas maloclusiones constituyen un problema de salud pública desde el punto de vista odontológico, siendo reportado a nivel mundial que para la población pediátrica esta entidad ocupa el segundo lugar en prevalencia, precedido sólo de la caries dental. (Medina, 2012)

Sin embargo, al igual que el curso de cualquier enfermedad, un diagnóstico temprano conduce a un tratamiento más efectivo e incluso de menor costo para el paciente. Es por ello que la revisión e intervención del odontólogo a temprana edad permite promover el desarrollo favorable de la oclusión y suprimir los cambios desfavorables. La ortodoncia interceptiva puede eliminar o reducir la severidad de una maloclusión, disminuyendo la necesidad de tratamiento ortodóncico complejo y costo total del mismo (Bennett, 2012).

Por ello, la detección temprana y la referencia oportuna de los casos que requieran tratamiento de ortodoncia interceptiva es de suma importancia. Para esto debe aumentar el nivel de conciencia al respecto, ya que el reconocimiento temprano de condiciones predisponentes a maloclusiones en niños y jóvenes está en manos de quienes le proveen un cuidado primario, por lo cual las condiciones que inducen al desarrollo de maloclusiones en la dentición permanente pueden ser detectadas en la dentición primaria o mixta. (Carvajal, 2010)

Además, la elevada prevalencia de maloclusiones que afecta hoy en día a la población infantil, la escasa existencia de investigación, servicios y programas de ortodoncia preventiva e interceptiva que beneficie a la población escolar, además de la relevancia del diagnóstico temprano del problema, impulsó a llevar a cabo esta investigación con la visión de evitar el desarrollo de complicaciones tales como caries dental, enfermedad periodontal o repercusiones en el autoestima del paciente y su interacción social.

La presente investigación se realiza con la finalidad de aportar soluciones en cuanto a los problemas de higiene bucal, concientizando a la población de edad

escolar así como a sus representantes la importancia de la higiene y cuidado bucal, para hacerlas un hábito.

1.5. Delimitación

La presente investigación abarca la aplicación de un estudio sobre la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales en pacientes infantiles entre 5 a 13 años de edad; se llevó a cabo en la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez, del Municipio San Diego Estado Carabobo, en un lapso de julio a octubre del 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

En investigaciones anteriores otros autores han descubierto y descrito la relación existente entre las maloclusiones y las enfermedades periodontales así como la influencia de factores de riesgo de cada paciente.

Meléndez María B, Merlín María J, Acosta de Camargo María G. (2017), presentaron un estudio titulado **“Gingivitis en pacientes pediátricos respiradores bucales”**, en el Área de Postgrado de Odontopediatria de Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de gingivitis en niños respiradores bucales. Se fundamentó en una investigación de campo, no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 36 pacientes y datos fueron recolectados a través de la observación directa y la historia clínica.

Según los resultados obtenidos, el número total de pacientes respiradores bucales que presentaron gingivitis fueron 36 pacientes, reportándose una prevalencia de 46,15%. Se concluye que existe una relación entre ambas patologías debiendo ampliar este tipo de investigación. El número total de pacientes respiradores bucales que presentaron gingivitis fue de 46,15%, es decir, 36 pacientes del total de la población de los pacientes respiradores bucales, mientras que el 53,85% no presentaron asociación con gingivitis. De esta manera se pudo observar un número significativo de pacientes que presentaron la enfermedad debido al acto respiratorio, encontrándose una prevalencia de 46,15%. La prevalencia de gingivitis en los niños respiradores bucales que asisten a la anterior mencionada escuela fue de 46, 15%.

La vinculación de esta investigación radica en la presencia de un hábito, este genera una maloclusión y a su vez una consecuencia en el periodonto, ya que el hábito de respiración bucal constituye uno de los motivos de la aparición de gingivitis, considerándose este acto inhalatorio dentro de la clasificación de la etiología de tipo ambiental de la enfermedad, ya que la respiración por la boca causa deshidratación del tejido gingival por la constante interacción con el aire, provocando cambios morfológicos que conllevan a una inflamación gingival.

Pincheira, Thiers, Bravo Eduardo, Olave Hugo (2016), presentaron un artículo sobre **“Prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 a 12 años de Choshueco-Neltume, Chile”**, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 y 12 años de las localidades de Choshueco y Neltume en el año 2015 pertenecientes a la comuna de Panguipulli, Chile. Se realizó un estudio observacional descriptivo, de carácter censal. La muestra total fue de 91 niños y adolescentes matriculados en establecimientos educacionales de las localidades de Choshueco y Neltume.

Se realizó un examen clínico visual para determinar el número de maloclusiones por individuo de acuerdo al método de Björk. Para el análisis de los datos se realizó—estadística descriptiva utilizando el programa Excel. Se encontró una prevalencia de maloclusiones de un 60 % escolares de 6 años y de un 91,3% en escolares de 12 años. Los datos de prevalencia superan lo reportado a nivel nacional por lo que es necesario reforzar las medidas promocionales en la población y potenciar el accionar preventivo—interceptivo que se desarrolla en estas localidades.

Este estudio tiene relevancia para la presente investigación dado que los autores señalan la alta prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 y 12 años en pequeñas localidades de otros países, en condiciones similares a las que se presentan los niños en Venezuela. Además, este estudio sugiere el fomento de acciones promocionales que entreguen conocimiento a la población sobre factores que predisponen a maloclusiones.

Fajardo y González (2016), estudio titulado **“Prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en Monay-Cuenca 2016”**, presentado en la Universidad Católica de Cuenca, Ecuador, para optar al título de Especialista en

Ortopedia, cuyo objetivo es determinar la prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 12 años en etapa escolar de la parroquia Monay en la ciudad de Cuenca-Ecuador. Este estudio epidemiológico fue de tipo descriptivo, observacional y corte transversal, la evaluación clínica bucal se realizó con la participación de 252 escolares.

Entre los resultados se pudo observar que la prevalencia de maloclusiones fue del 85% del total de escolares, y el 15% presentaban normoclusión; de acuerdo al sexo las mujeres presentaron un 83% de maloclusiones frente a un 86% en los

maloclusión dental en escolares con dentición mixta fue alto, predominando la clase I de Angle, las desviaciones de la línea media dental y el apiñamiento fueron los signos de maloclusión dental más frecuente, las edades comprendidas entre los 9 y 12 años presentaron mayor prevalencia de maloclusión dental, predominó ligeramente en el sexo femenino.

Este estudio presenta aspectos de importancia respecto a las maloclusiones y sus efectos en la vida del paciente infantil, lo aporta un abanico de opciones en cuanto a ortodoncia interceptiva, que permitirá el empleo de tratamientos más sencillos y de menor costo en comparación con el tratamiento de ortodoncia correctiva.

Espinoza Norelkys, Salas Maria, Ablan Liliana y Simancas Yanet (2012), presentaron un estudio titulado **“Estado de salud bucal en niños de instituciones educativas públicas y privadas del Municipio Libertador, Mérida-Venezuela”**, cuyo objetivo general fue determinar el estado de salud periodontal de niños en edad escolar y su relación con el tipo de institución educativa: Escuela Pública y Escuela Privada. Se fundamentó en un estudio descriptivo correlacional en una población de 287 niños, con edades entre 6 y 12 años; 143 niños del Colegio La Salle (privada) y 144 niños del Colegio La Salle Hermano Luis (pública). Se estudió presencia de detritus, cálculo dental y signos de periodontopatías, con análisis descriptivo y Chi cuadrado.

Los resultados arrojaron que en la escuela privada 95,8% presentó detritus, 25,8% cálculo dental y 34,9% signos de periodontopatías. En la escuela pública 97,2% presentó detritus, 32,6% cálculo dental y 46,6% signos de periodontopatías. La presencia de detritus blando en niños de la escuela pública, en un mayor porcentaje, comprometía 2/3 y 3/3 de la superficie del diente; mientras que la mayoría de los niños de la escuela privada comprometía sólo 1/3 de la superficie. Los escolares de la institución pública presentaron índices más elevados de detritus blando ($p=0.0000$) y de periodontopatías ($p=0.045$) con relación a los niños de la escuela privada. No se encontraron diferencias con relación al cálculo dental.

Este estudio tiene aportes teórico-prácticos que utilidad para el abordaje

metodológico de la investigación, así como elementos teóricos de relevancia para evaluación efectiva de los pacientes jóvenes.

2.2. Bases teóricas

Es importante recordar las características normales de la encía en la dentición primaria y mixta, para realizar un diagnóstico correcto de sus cambios patológicos. Según Newman, Takei y Carranza (2014), el periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente. Éste, está sometido a variaciones funcionales y morfológicas, así como a cambios relacionados con la edad.

En consecuencia, podemos decir, que la encía normal de la dentición primaria se presenta al igual que en el adulto clasificada en encía insertada donde podemos destacar que es punteada o graneada y tiene un ancho variable mayor en vestibular anterior y lingual posterior y se presenta estrecha mesiodistalmente para conformar la morfología de la dentición temporal. Esta es de color rosado pálido pero no tan pálido como el de la encía insertada de un adulto debido a lo delgado de la capa queratinizada que hace que los vasos sean más visibles, presenta contorno festoneado, el graneado aparece casi a los tres años de edad y se da en un 35% de los niños entre 5 y 15 años.

Durante la erupción de dientes primarios o permanentes la vertiente gingival internase relaciona con la pared dentaria por medio de un epitelio de unión largo. La vertiente externa puede parecer agrandada, redondeada y más roja cuando cubre el área más voluminosa de la corona del diente en erupción y adquieren su orientación oblicua cuando finaliza la erupción activa y el diente entra en contacto funcional.

2.2.1. Etiología

En niños al igual que en adulto, la principal causa de gingivitis es la placa dental, que se ve favorecida por una mala higiene bucal. Newman, Takei y Carranza (2014), afirman que las manifestaciones crónicas de la enfermedad periodontal son

producto de una compleja interacción entre el agente causal, en este caso bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped, existen hasta 600 especies diferentes de bacterias que colonizan la cavidad bucal y que afectan el delicado equilibrio de las interacciones entre el huésped y las bacterias. Hay diferencias tipos de bacterias que residen en el surco gingival sano y las que encontramos en las bolsas periodontales. Las bacterias asociadas con salud gingival en individuos sanos son menores en número, la mayoría son Gram positivos y ,con menor porcentaje de bacilos gran negativos.

La gingivitis está asociada con el aumento en la carga microbiana y en el porcentaje de microorganismo gran negativos. Cabe destacar que en la periodontitis hay un aumento en el total de la carga microbiana. A continuación se describen el conjunto de diferentes factores, locales o sistémicos que influyen en la evolución de la enfermedad (Newman, Takei y Carranza;2014).

Newman, Takei y Carranza (2014), objetan que en las personas más jóvenes como es en el caso de los infantes y adolescentes el estado periodontal se relaciona con la acumulación de placa más que en el cálculo, sin embargo destacan que esta condición se invierte con la edad.

Es importante destacar, que la placa bacteriana que cubre los dientes y la encía es la principal causa en la aparición de la enfermedad periodontal, sin embargo, la eliminación de la misma será el mejor tratamiento y preverá la aparición o avance de la enfermedad (Newman, Takei y Carranza; 2014).

2.2.2. Placa bacteriana

La placa dental es una biopelícula relacionada con el huésped que está compuesta por acumulaciones blandas de bacterias. Esta se define clínicamente como una sustancia estructurada resistente de color amarillo grisáceo que se adhiere vigorosamente a las superficies duras intrabucales, formándose en principio de interacciones bacteriana con el diente y luego mediante físicas y fisiológicas.

La salud periodontal es un estado de equilibrio, cuando la población de bacterias que interactúan con el huésped y no hay daño irreparable de las mismas ni de los tejidos del huésped, más sin embargo la ruptura de dicho equilibrio genera alteraciones en el huésped y la biopelícula bacteriana destruyendo los tejidos conectivos del periodoncio.

Es importante destacar cuando los dientes primarios comienzan a erupcionar, los microorganismos que pueden colonizar la superficie dentaria y formar la placa bacteriana desde muy temprana edad son y
Inmediatamente después se une Estos microorganismos son los pioneros en la formación de la placa dental la cual aumenta cuantitativamente y varía cualitativamente a medida que el niño crece.

Según Newman, Takei y Carranza (2014), la placa dental se clasifica según su posición sobre la superficie dental como placa supragingival la cual se localiza en el margen gingival o por encima de este y placa subgingival que se encuentra por debajo del margen gingival, entre el diente y el tejido del surco gingival.

2.2.3. Factores predisponentes

son los que se encuentran en el medio ambiente inmediato al periodonto, los factores locales causan inflamación, que es el principal proceso patológico en la enfermedad periodontal. Estos pueden ser entre otros:

La placa bacteriana

El cálculo dental

Mala higiene oral

La consistencia de los alimentos, como por ejemplo los alimentos blandos y adhesivos tienen a acumularse sobre los tejidos periodontales

Las restauraciones con márgenes cervicales desbordantes o puntos de contacto inadecuados.

Las malposiciones dentarias.

Son aquellos que derivan del estado general de salud del paciente. Los factores sistémicos regulan la reacción de los tejidos a los factores locales, de modo que el efecto de los irritantes locales puede resultar agravado por condiciones sistémicas desfavorables

Desórdenes y deficiencias nutricionales

Medicamentos

Factores psicológicos

Herencia

Enfermedades endocrinas

Desórdenes hematológicos.

La exfoliación de los dientes primarios y la erupción de los dientes permanentes crean relaciones morfológicas retentivas.

La respiración bucal, por amígdalas o adenoides agrandadas (que por lo general se resuelven al mal de la niñez) por hábitos, maloclusión o labio superior corto, cambian las condiciones naturales de humedad de la gingival expuesta, lo que exacerba la respuesta inflamatoria.

Desniveles en la altura gingival, creados en especial en el sector antero-inferior por diferente velocidad de erupción de dientes contiguos, dificultan el acceso al cepillado, pueden estar combinados con malposiciones dentarias durante el proceso eruptivo y por lo general se corrigen al acomodarse la arcada dentaria y crecer la mandíbula.

La mala higiene bucal: gran parte de la población infantil no recibe motivación y enseñanza sobre higiene bucal. Además los niños menores de 8 años carecen de la destreza necesaria para realizar un buen cepillado y deben ser ayudados por una persona mayor para completar eficientemente la tarea de eliminación de la placa.

Los aparatos de ortodoncia crean áreas retentivas de la placa entre la gingival y los brackets, y dificultan el acceso a las superficies dentarias proximales.

2.2.4. Alteraciones del periodonto

La clasificación de las enfermedades periodontales resulta útil para ayudar a establecer un diagnóstico, determinar el pronóstico y facilitar la planeación del tratamiento, se han usado diferentes clasificaciones de las enfermedades periodontales a lo largo de los años y se han reemplazado a medida que el nuevo conocimiento ha mejorado la comprensión del especialista acerca de su etiología. Según Newman, Takei y Carranza (2014), las enfermedades y lesiones periodontales se clasifican en:

- A. Enfermedades gingivales inducidas por placa
- B. Enfermedades gingivales no inducidas por placa

- A. Localizada
- B. Generalizada

- A. Localizada
- B. Generalizada

- A. Gingivitis ulcerativa necrosante (GUN)
- B. Periodontitis ulcerativa necrosante (PUN)

- A. Absceso gingival
- B. Absceso periodontal
- C. Absceso pericoronario.

- A. Lesión endodóntica-periodontal
- B. Lesión periodontal- endodóntica
- C. Lesión combinada

2.2.5. Enfermedad periodontal

Se describen como un conjunto de infecciones localizadas que afectan a los tejidos que rodean y sostienen el diente (periodonto). Los dos tipos más comunes de enfermedad periodontal son la gingivitis y la periodontitis. Con esto se puede decir que las enfermedades periodontales son una serie de entidades patológicas diferentes de cualquier origen, son de carácter inflamatorio. Se considera el resultado del desequilibrio entre la interacción inmunológica del huésped y la flora de la placa dental marginal que coloniza el surco gingival.

Así mismo, las afecciones del periodonto tienen a su vez varias clasificaciones con diferentes tipos o formas de gravedad, mientras que algunas de ellas incluyen los padecimientos que atacan solo a la encía, las otras se relacionan a los trastornos que comprenden las estructuras de soporte del diente.

es una condición previa y reversible que consiste en la inflamación de los tejidos que rodean los dientes, en la que el epitelio de unión permanece unido al diente en su nivel original sin destrucción del hueso esta se caracteriza por el enrojecimiento de las encías, que se inflaman y sangran fácilmente.

Los sujetos con gingivitis tienen las encías blandas, edematosas y rojizas que pueden sangrar bajo una presión moderada como es el cepillo de dientes. La etapa temprana de la enfermedad periodontal es la gingivitis.

Muchas personas que tienen infecciones en las encías con una apariencia normal. Existe muy poca molestia en esta etapa, es decir no hay dolor, pero el peligro está latente, en este momento la enfermedad es reversible, es decir, que si se trata la enfermedad las

encías pueden volver a la normalidad debido a que la gingivitis, es una infección superficial limitada al tejido de las encías sin afectar todavía el hueso adyacente.

Koch y otros (2011), señalan que la gingivitis suele preceder a la periodontitis, en consecuencia, ambas son consideradas etapas de una sola entidad patológica, sin embargo, no todas las gingivitis progresan a periodontitis. Entre los signos de la periodontitis encontramos encías enrojecidas, inflamadas o dolorosas, sangrado al cepillarse o espontaneo, retracción de las encías, sensibilidad al frío, mal aliento persistente, movilidad de los dientes, hemorragias al sondeo y pérdida de inserción. A continuación se describen las enfermedades periodontales que más se destacan en niños y adolescente:

Según Da Silva, L (2008), es la enfermedad periodontal más común en niños y adolescentes. Clasificada como la respuesta inflamatoria a la acción de la placa, en la dentición primaria tarda más en aparecer que en la permanente. Esto se debe, probablemente, a que la inflamación, caracterizada en su etapa de lesión establecida por un mayor número de linfocitos que de plasmocitos, se concentra en una angosta franja a lo largo de los epitelios del surco y de unión, por un tiempo largo se mantiene alejada de la vertiente externa gingival.

Los signos clínicos de la gingivitis marginal suelen exacerbarse en la pubertad; hay un mayor agrandamiento gingival en especial en las papilas, que aparecen globulosas y cubren parte de las coronas dentarias, con un enrojecimiento acentuado. Estos cambios se atribuyen a la secreción hormonal propia de la edad circumpuberal, que causa un aumento de la permeabilidad vascular y en consecuencia edema; y a alteraciones en la placa, con un aumento de provotella inmediata y espiroquetas.

Entre los factores sistémicos que predisponen a la gingivitis están los relacionados con el sistema endocrino, sobre todo los relacionados con la pubertad y el ciclo menstrual. En ese caso, la respuesta inflamatoria al acumulo de placa se puede modificar por las fluctuaciones de los niveles de hormonas durante la

pubertad. De la misma forma, los agrandamientos gingivales inflamatorios hiperplásicos pueden ser producidos por medicamentos. Algunos medicamentos indicados para diversos problemas médicos, producen, entre otros efectos secundarios, una respuesta gingival hiperplásica fibrótica.

Los niños mal nutridos tienen sus defensas comprometidas, lo que puede interferir en su susceptibilidad a las infecciones, no obstante solo una gran deficiencia nutricional, puede generar cuadros de lesiones bucales, Da Silva, (2008).

Entidad anteriormente denominada enfermedad periodontal crónica del adulto. Sin embargo, se ha podido comprobar que este tipo de enfermedad puede presentarse en pacientes jóvenes y adolescentes, razón por la cual se decidió descartar el término adulto. Existen diversos índices que nos ayudan a evaluar el estado de higiene Bucal y el grado de inflamación de las encías de los niños.

La Periodontitis ha sido definida como la inflamación que compromete todo el aparato de soporte del diente. Es la extensión de la inflamación desde el diente y la encía al ligamento periodontal, hueso alveolar y cemento radicular. Es una condición inflamatoria progresiva que destruye las fibras de los ligamentos y el hueso alveolar y puede eventualmente ocasionar la pérdida de los dientes.

La gingivitis ulceronecrosante (GUN) y la periodontitis ulceronecrosante (PUN) aparecen con una frecuencia variable pero baja (alrededor del 6%) en países industrializados y algo más altas en áreas subdesarrolladas. Los factores que predisponen al niño a desarrollar enfermedades periodontales necrosantes incluyen manifestaciones virales como VIH, desnutrición, estrés insomnio entre otros (Boj y otros, 2010)

Existe forma de periodontitis de inicio temprano- periodontitis agresiva. Sin embargo el simposio internacional recomendó descartar el término de periodontitis de inicio temprano ya que esta forma de enfermedad puede ocurrir a distintas edades y persistir en adultos. Por ende se descartó el término periodontitis prepuberal y estas formas de la enfermedad se describen como periodontitis agresiva localizada o generalizada de aparición en la pubertad. (Lindhe, 2005).

Existen diferentes métodos que se usan en la práctica clínica para valorar el estado gingival y evaluar las características de las enfermedades antes descritas, entre ellos encontramos los índices, los cuales nos interesan para cuantificar la cantidad y gravedad de la enfermedad de individuos o poblaciones al mismo tiempo que ayudan a comparar la prevalencia de la enfermedad en grupos de población mediante estudios epidemiológicos.

2.2.6. Índice periodontal de Russell

Es un índice epidemiológico con un gradiente biológico verdadero, es el de más basta utilización para la determinación epidemiológica de salud o enfermedad periodontal. Permite medir el grado de salud periodontal del individuo. Para su realización se necesita un espejo y una fuente de luz directa. La OMS establece:

0: negativo. No hay inflamación

1: gingivitis leve: hay un área evidente de inflamación en la encía libre, no circunscribe el diente.

1. Gingivitis: la inflamación rodea totalmente el diente pero no hay alteración evidente de la adherencia epitelial.
2. Gingivitis con formación de bolsa; hay ruptura de la adherencia epitelial, no hay interferencia con la función masticatoria, diente firme y no migrado.
3. Destrucción avanzada: pérdida de la función masticatoria, diente móvil, migrado.

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevención abarca medidas encaminadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su progresión y a reducir sus consecuencias.

2.2.7. Maloclusiones

Al hablar de las maloclusiones, es muy difícil establecer claramente su etiología, ya que estas son de origen multifactorial, y en la mayoría de los casos, no tenemos una sola causa produciéndola, sino que hay muchas interactuando entre sí, y

sobreponiéndose unas sobre otras. Rosselli (2012), se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. La mayoría de las personas tienen algún grado de maloclusión, si bien normalmente no es lo suficientemente seria para requerir tratamiento de ortodoncia para corregir el problema. La corrección de maloclusiones reduce el riesgo de pérdida de piezas y puede ayudar a aliviar presiones excesivas en la articulación temporomandibular.

Por otra parte, la mala oclusión se refiere a cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño de los maxilares superiores e inferiores o entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

En tal sentido dentro de los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe, lo que conduce a que se pierdan las funciones de calentamiento, humidificación y filtrado del aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de la irritación de la mucosa faríngea, siendo pobre la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre ocasionando a su vez anemia, hipoglobulinemia y ligera leucocitosis, pérdida de expansión normal de sus pulmones.

La maloclusión según Angle (1899), el término maloclusión se refiere al mal alineamiento de los dientes o a la forma en que los dientes superiores e inferiores encajan entre sí. Es cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior con los del maxilar inferior, o entre sí en un mismo maxilar, lo que incluye sobremordidas, submordidas y mordidas cruzadas, lo que indica una desproporción entre el tamaño del maxilar y el diente, provocando un apiñamiento de los dientes o en patrones de mordida anormales, así mismo los dientes extras, malformados, incluidos o perdidos y los dientes que erupcionan en una dirección anormal pueden contribuir a la mala oclusión.

Todo esto se considera patológico o anormal ya que la oclusión se refiere cuando todos los dientes superiores encajan levemente sobre los inferiores, es decir, las puntas de los molares se encajan en los surcos de los molares opuestos y todos los dientes están alineados, derechos y espaciados de manera proporcional. Asimismo, los dientes superiores no permiten que las mejillas y los labios sean mordidos y los inferiores protegen la lengua, es la normoclusión u oclusión normal.

Saturno (2007), expresa que dentro de las principales causas que pueden originar problemas de mala oclusión se pueden mencionar: factores hereditarios, además de los hábitos adquiridos por los niños durante su etapa de crecimiento (chuparse el dedo, presión de los dientes con la lengua, biberón después de los tres años y tomar biberón por mucho tiempo), también pueden afectar en gran parte la forma de los maxilares, los malos hábitos alimenticios y respirar por la boca sin cerrar los labios.

Esta situación se relaciona con el hecho de que el hombre nace condicionado para respirar por la nariz y alimentarse por la boca. Por lo tanto, al romperse ese mecanismo fisiológico se afecta el crecimiento y desarrollo, no solo facial, sino general. Lo cual se presenta en algunos niños que manifiestan conductas inadecuadas que afectan el normal desarrollo bucodental.

En tal sentido dentro de los efectos inmediatos de la respiración bucal consisten en la introducción de aire frío, seco y cargado de polvo en la boca y la faringe, lo cual conduce a que se pierdan las funciones de calentamiento, humedece y filtra el aire que entra por la nariz, con el consiguiente incremento de irritación de la mucosa faringe, siendo pobre la cantidad de oxígeno que pasa a la sangre ocasionando a su vez anemia y ligero aumento de células blancas en la sangre, pérdida de expansión normal de sus pulmones, déficit de peso y a menudo, tórax aplanado, además de trastornos funcionales, palpitations, soplos y variaciones de la tensión arterial, además disminución de la capacidad intelectual, así como alteración de la audición, el olfato y el gusto.

Por consiguiente, los efectos a largo plazo de la respiración bucal en la satura del maxilar y nasal son más complejos y de mayor alcance. Desde que se abre la boca, la lengua desciende y pierde contacto con el maxilar, lo que influye en su crecimiento, la

tensión de los músculos varia produciendo una serie de alteraciones en la función muscular que incide en la postura de la mandíbula y de la cadena muscular postural del individuo. Es por ello, que la respiración bucal constituye un síndrome que puede ser etiológicamente diagnosticado por causas obstructivas, por hábitos y por anatomía.

Otra de las consecuencias de la mala oclusión en un estado severo está relacionada con la aceptación del individuo de su propia imagen, así como la percepción del rechazo por parte de sus compañeros, lo que conduce al aislamiento del niño de su entorno social. Por tal motivo, la importancia de la prevención primaria en la consulta odontológica pediátrica, tiene como objeto el cuidado de la salud del niño orientado hacia el fomento del desarrollo normal, desde la infancia hasta la edad adulta sano desde un punto de vista físico, emocional e intelectual. La clasificación más utilizada para las maloclusiones, es la que presentó Edward H. Angle en 1899:

Maloclusión de clase I o neutroclusión: se establece cuando la parte más visible del primer molar permanente superior ocluye en la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior en (posición de máxima intercuspidadación).

La maloclusión de la clase II o distoclusión: en la posición de máxima intercuspidadación es cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente superior ocluye por delante de la estría mesiovestibular del primer molar permanente inferior.

La maloclusión de la clase III o mesioclusión: se establece cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar permanente inferior, cuando los maxilares están en máxima intercuspidadación.

2.2.8. Hábitos generales de la maloclusión según Edward H. Angle en 1899.

son parte primordial de las maloclusiones. Se define como fisiológicos ante la presencia de estímulos como el hambre, la sed, la micción, etc. Los sociales los cuales son modos de conducta que suponen cooperación o interrelación con otros individuos de la misma especie, lo que conlleva a la creación de ciertas normas en

la interacción social, comportamiento convencionalmente establecido por la comunidad, para convertirse en patrones de la cultura. Los Mentales son formas de actuar que se adquieren para ejercicio de la mente, acumular conocimientos o para reaccionar sin discernimiento especial ante las ideas o ante las personas.

son aquellos que llegan a producir posiciones determinadas a algunos estímulos inespecíficos condicionado la conducta del individuo, por ejemplo: la posición para dormir, leer, ver televisión, etc. Estos hábitos generalmente se acompañan de deformaciones somáticas como sifosis. Los Hábitos orales son vías de desenfoco emocional y de equilibrio de estados de ansiedad”, ejemplo de ellos son los hábitos: por succión digital, labiales (succión labial y queilofagia), linguales (succión, mordeduras y proyección). Por mal posición sostener el maxilar con la mano, puede producir anomalías en el maxilar (deformación y falta de desarrollo) y mal posición de dientes, el rechinado dental.

por lo general su presencia se debe a caries dolorosas o a obturaciones defectuosas: succión digital, succión del labio, succión del frenillo, succión del chupón, succión de la lengua, respiración bucal, queilofagia y del carrillo, protrusión lingual al tragar y al hablar, objetos extraños y apretamiento dentario. Estos hábitos son etiológicamente clasificados en instintivos, por ejemplo el hábito de succión, el cual se consideran funcionales en las primeras etapas de la vida, pero si perduran ocasionan daños en la cavidad bucal; y Defensivos, en este caso se desarrolla la respiración bucal en las personas con rinitis alérgicas, asmáticos, etc.

2.2.9. Hábitos hereditarios y hábitos bucales de la maloclusión.

son malformaciones congénitas que acarrear un hábito concomitante, ejemplo de ellos son las partes cortas de frenillos linguales, lengua hendida en dos partes, etc. Por lo tanto en los hábitos adquiridos las personas con paladar fisurado que han sido intervenidos quirúrgicamente mantienen la formación nasal. Imitativos: en la forma de colocar los labios y la lengua, al hablar, gestos, muecas, etc.

Los hábitos bucales más frecuentes relacionados con la etiología de los problemas ortodónticos y ortopédicos citados por Sano (2004), son: interposición lingual o labial, succión de labios, succión de carrillos, succión digital, succión de chupones y respiración bucal. La succión es una de las primeras formas de conducta específica en el feto y en el recién nacido, estimulada por olores, sabores y cambios de temperatura así como una respuesta a estímulos en la zona o peribucal. La succión puede extenderse en el tiempo a consecuencia de fatiga, aburrimiento, escape de la realidad hacia la fantasía, desplazamiento afectivo y afecciones emocionales.

La falta de amamantamiento conlleva el uso de biberón, donde el lactante no cierra los labios con tanta presión y la acción de la lengua se ve afectada para regular el flujo excesivo de leche. Esto percute en una menor excitación a nivel de la musculatura y no favorecerá el crecimiento y desarrollo del sistema estomatognático, dando como resultado la adquisición de hábitos de succión no nutritivos como son: la succión digital, la succión del chupón, succión labial y otros objetos. El respirar por la boca y problemas de amígdalas son influyentes.

son aquellos donde los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral. La succión del dedo índice puede producir mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos. La succión del dedo índice y medio pueden producir una mordida abierta, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos. La succión del dedo medio y anular puede producir una mordida abierta unilateral, y/o protrusión de uno o más incisivos o caninos, intrusión o retroinclinación de los incisivos anteroinferiores.

2.2.10. Succión labial y general de la maloclusión

es mayormente encontrada en niños, ocasiona retroinclinación de los incisivos antero inferiores y protrusión de los superiores. Existen dos tipos de succionadores de dedo: succionador pasivo que tiende a llevarse el dedo a la boca y solo tenerlo allí, y el succionador activo que es donde se ejerce

una presión vigorosa contra la dentición y como consecuencia se tienen las alteraciones dentales y de mandíbula. Los factores que modifican, intensifican o minimizan la acción del hábito de succión:

a.1) Infantil (hasta 2 años): esta etapa forma parte del patrón normal del comportamiento del infante, en ella no se observan efectos dañinos.

a.2) Pre-escolar (2 a 5 años): si la succión es ocasional, no se manifiestan efectos nocivos en la dentición, pero si es continua e intensa puede producir malposiciones en la dentición primaria, si el hábito cesa antes de los seis años de edad, la deformidad es reversible en un gran porcentaje.

a.3) Escolar (6 a 12): la succión en estas edades pueden producir malposiciones dentarias y malformaciones dentó-esqueléticas, por ello requieren de un análisis más profundo de etiología del hábito.

b) Frecuencia

b.1) Intermitentes (diurnos)

b.2) Continuos (nocturnos)

c) intensidad

c.1) poco intensa: cuando la succión del dedo es pasiva, sin mayor actividad muscular, primordialmente los músculos succionadores, no se introduce el dedo completo, solo la punta del dedo de una forma distraída.

c.2) intensa: cuando la contracción de los músculos de la periferia labial y buccinadores es fácilmente apreciable.

La succión podría explicarse en 2 etapas:

Etapa I: (succión normal del pulgar, no significativa desde el punto de vista clínico):

Desde el nacimiento hasta aproximadamente los 3 años de edad

Frecuencia en la mayoría de los niños, en particular en la época del destete.

Esta succión se resuelve de manera natural.

Etapa II (succión del pulgar clínicamente significativo):

De los 3 años a los 6 o 7 años de edad.

Es una indicación de posible ansiedad clínicamente significativa. Es la mejor época para tratar los problemas dentarios relacionados con la succión digital.

Fue a principios del siglo XX, cuando Edward Angle estableció una clasificación basada en la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido tomada como patrón de referencia para las maloclusiones de origen dentario, así tenemos:

- **Clase I:** Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye en el surco vestibular del primer molar inferior.
- **Clase II:** Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior (división 1 y 2)
- **Clase III:** Cuando la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye por detrás de la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior.

La clasificación de Angle fue ampliada por Anderson, y es la más utilizada hoy en día.

A. Clase I

A.1 Tipo 1. Dientes superiores e inferiores apiñados, o caninos en labioversión, infralabioversión o linguoversión.

A.2 Tipo 2. Incisivos superiores protruidos o espaciados.

A.3 Tipo 3. Si uno o más incisivos están cruzados en relación con los inferiores.

A.4 Tipo 4. Mordida cruzada posterior (temporal o permanente), pero anteriores.

A.5 Tipo 5. Si hay pérdida de espacio posterior por migración mesial del 6, mayor de 3mm. Protrusiónbimaxilar. Posición de avance de ambas arcadas. Puede o no haber malposiciones individuales de los dientes y correcta forma de los arcos, pero la estética es afectada.

B. Clase II. DistoclusiónMaxilar en posición mesial en relación al arco mandibular, y cuerpo de la mandíbula en relación distal con el arco maxilar.

B.1. Clase II división 1. Si los incisivos superiores se encuentran en labioversión.

B.2. Clase II división 2. Si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición casi normal o ligera linguoversión y los laterales se encuentran labial y mesialmente.

B.3. Clase II Subdivisión: Es cuando de un lado es Clase II y del otro es Clase I, estos pacientes presentan generalmente con un buen perfil, con un patrón estético adecuado, una altura vertical promedio o disminuido.

C. Clase III. Mesioclusión. Mandíbula con relación mesial al maxilar.

C.1. Tipo 1. Si observamos los arcos por separado, estos se ven de manera correcta pero la oclusión es a tope.

C.2 Tipo 2. Si los dientes superiores están bien alineados, los incisivos inferiores apiñados y posición lingual con respecto a los superiores.

C.3. Tipo 3. Si se presenta un arco mandibular muy desarrollado, y un arco maxilar poco desarrollado, los dientes superiores, a veces apiñados y en posición lingual con respecto a los inferiores, deformidad facial acentuada.

C.4. Subdivisión: Cuando de un lado sea Clase III y del otro Clase 1. Este grado de severidad puede variar desde una simple cúspide, hasta problemas óseas.

Esqueléticamente podemos observar:

Clase I

Posición normal de los maxilares con respecto a su base craneal.

Posición de avance de ambos maxilares con respecto a su base craneal (biprotusión).

Posición de retrusión de ambos maxilares con respecto a su base craneal (doble retrusión).

Clase II

Maxilar en buena posición, mandíbula retruida.

Maxilar protruido, mandíbula en buena posición.

Maxilar protruido, mandíbula retruida

Clase III

Maxilar en buena posición, mandíbula protruida.

Maxilar retruido, mandíbula en buena posición.

Maxilar retruido, mandíbula protruida.

2.2.11. Desarrollo y crecimiento de dientes temporarios

Los problemas oclusales en los niños o las desviaciones de la oclusión normal, es necesario definir que la oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto." Los niños difieren considerablemente entre sí, aun dentro de la misma familia con respecto de los factores de crecimiento, pautas esqueléticas y faciales, tamaño, forma y espacio entre los dientes de cada arco.

Durante este periodo se destacan diferentes características tanto en los maxilares como en el área orofacial; Los maxilares tienen un enorme crecimiento tridimensional de las veinte piezas primarias y pueden destacarse cuatro características de interés clínico:

- a. Los maxilares son pequeños para albergar los dientes primarios y en los seis primeros meses de vida va a producirse un intenso crecimiento tridimensional para permitir la salida y ubicación correcta de los incisivos, siendo el crecimiento por unidad de tiempo el máximo que se va a producir en el desarrollo maxilar a lo largo de la vida.
- b. El niño nace con la mandíbula en una posición retrusiva con respecto al maxilar y hay una relación distal de la base mandibular con respecto a la del maxilar.
- c. En una placa radiográfica oclusal se observa que hay apiñamiento de los incisivos del recién nacido aun desdentado. Los dientes anteriores mantienen una disposición irregular prenatal durante algún tiempo mientras crecen los maxilares que los albergan; la imagen general es que habrá falta de espacio para la salida de los dientes en cada maxilar.
- d. Los molares están también superpuestos verticalmente

con un solapamiento a manera de escamas, pero suelen existir ciertos diastemas entre el primero y el segundo molar primario en la fase eruptiva final.

e. Ocasionalmente, un niño puede nacer con dientes ya presentes en la boca o que erupcionan poco tiempo después. Entre ellos se consideran tres tipos:

- a. Dientes natales, están presentes justo al nacimiento, su frecuencia aproximada es de 1:1000.
- b. Neonatales, son los erupcionados durante el primer mes y
- c. Pre-erupcionados, que aparecen durante el segundo o tercer mes, son casi siempre centrales y laterales inferiores, muy ocasionalmente el incisivo superior, y más raro aun molares y caninos primarios.

En todo caso, al decidir algún tratamiento, se debe considerar algunos datos de interés:

Si se está produciendo traumatismo o lesiones en los tejidos orales del niño o el pecho de la madre.

Si tienen movilidad.

Si presentan peligro de inhalación.

2.2.12. Crecimiento de los maxilares y su relación con el desarrollo dentario

El desarrollo transversal de ambos maxilares puede realizarse principalmente debido a la presencia de la sutura en el plano medio del maxilar y de la mandíbula, ambas estructuras son capaces de un crecimiento rápido; pero como la sincondrosis de la mandíbula se calcifica a los seis meses de edad, su potencial para el crecimiento transversal es eliminado tempranamente, después que la unión del hueso se ha establecido entre las dos hojas que la forman, el potencial de la actividad sutural se pierde. En contraste con esta situación, la sutura media del maxilar permanece hasta que se ha completado el desarrollo de la dentición y el crecimiento facial ha concluido.

Después que se ha establecido la oclusión en la región posterior, el desarrollo

de los arcos se hace de manera coordinada y luego, el desarrollo posterior del maxilar en ese sentido será determinado principalmente por las limitaciones de la mandíbula, ya que la sincondrosis mandibular ya ha sido calcificada, como consecuencia, el potencial de crecimiento de la sutura media es solo parcialmente utilizada.

Alrededor del cuarto y sexto mes de vida intrauterina los dientes comienzan a calcificarse. Para el momento del nacimiento encontramos la calcificación de los dientes primarios en las siguientes condiciones:

La corona del incisivo central superior primario está completamente formada y parte de su raíz se ha desarrollado. La formación del esmalte está casi completa y los gérmenes de los centrales permanentes están localizados hacia lingual, el incisivo permanente inferior yace lingual a los primarios.

El incisivo lateral primario está tan desarrollado como el central y alrededor de los dos tercios del esmalte se han formado, el germen del permanente es un pequeño brote indiferenciado.

Los caninos primarios están menos avanzados en su desarrollo, solamente se ha formado un tercio del esmalte y los gérmenes de los permanentes maxilares yacen en el ángulo entre la nariz y el seno maxilar. El inferior, ligeramente debajo de la corona de los caninos primarios.

La corona del primer molar primario está completamente formada y se ha unido el esmalte en la cúspide. El germen del primer premolar es un pequeño brote epitelial.

El segundo molar primario está algo menos calcificado que el primero, las puntas de las cúspides están aún aisladas y no ha comenzado la formación de su raíz. El germen del segundo premolar es un pequeño brote epitelial. El primer molar permanente está comenzando la formación de su tejido duro y el esmalte puede ser visto en las cúspides aisladas. Está localizado al lado de la tuberosidad y sobre el nivel del piso de la nariz y el primer molar permanente inferior está localizado cerca del ángulo interno de la rama.

El estudio exhaustivo de los llamados "espacios de crecimiento", fueron denominados por Baume como "espacios fisiológicos", y

estableció que existen dos tipos de disposición de los dientes primarios: Tipo I ó espaciada, Tipo II ó cerrada y describió características propias para cada grupo.

La distribución de los espacios en la Tipo I mostraron todas las posibles variaciones; incluso ocurrieron combinaciones con el Tipo II en el arco opuesto. No fue inusual encontrar casos del Tipo II, que mostraron dientes anteriores levemente apiñados. Como se estableció previamente, los arcos primarios sin espaciamiento tuvieron un promedio de 1.5 mm de mayor estrechez que aquellos con espacios. Evidentemente la ausencia de espacios no siempre se debió sólo a una anchura mayor de los anteriores primarios sino también a la falta de crecimiento alveolar suficiente o a una combinación de ambos. Así la mayoría de los casos del Tipo II pueden caer bajo la maloclusión Clase I de Angle.

2.2.13. Dimensiones Transversales

el ancho intercanino generalmente se define como la distancia entre las puntas de los caninos primarios de ambos lados en línea recta. Si estuvieren desgastados se toma el centro de la faceta. Sin embargo, no hay acuerdo total en la utilización de este procedimiento; por ejemplo, Baume toma esta dimensión desde el margen cervical por estar menos sujeto a los cambios por desgaste.

Longitud o profundidad del arco para tomar esta dimensión se toma la distancia entre dos tangentes: una que toca el aspecto más labial de los incisivos en su punto medio, y la otra a la superficie distal de la corona de los segundos molares primarios. Aunque se mide y se menciona con frecuencia, de preferencia, en la clínica se prefiere utilizar la circunferencia, y cualquier cambio en la longitud de arco no son sino reflejos marcados de cambios en el perímetro. A veces, la mitad de la circunferencia es considerada como "longitud de arco".

Circunferencia o perímetro del arco es la utilizada más comúnmente, aunque es tomada de manera diferente por los investigadores y clínicos, la que es utilizada más frecuentemente es la propuesta por Moorrees y cols. Habitualmente se mide desde la

cara distal del segundo molar primario alrededor del arco sobre los puntos de contacto y bordes incisales, en una curva suave, hasta la cara distal del segundo molar primario del lado opuesto.

Una vez que toda la dentición primaria ha hecho erupción se establece la oclusión. A los 30 meses con la oclusión de las 20 piezas primarios observamos las siguientes características:

Los incisivos están más verticalizados en su implantación sobre la base maxilar y el ángulo interincisal es abierto. La sobremordida vertical puede estar aumentada, y el borde incisal inferior puede contactar el cúngulo de los dientes superiores al cierre.

- a. El vértice cúspides del canino superior ocluye sagitalmente a nivel del punto de contacto entre el canino y el primer molar inferior.
- b. El brote del crecimiento mandibular es fundamental para que se establezca una relación molar de Clase I. Sí la mandíbula no se adelanta, antes de la erupción, el primer contacto oclusal puede establecerse en relación de Clase II; influye aquí tanto el patrón y ritmo de crecimiento mandibular como la presencia de hábitos, (respiración, succión), que promueven el adelantamiento del maxilar superior, o retrasan el desarrollo de la mandíbula.

2.2.14. Evolución de la Oclusión Primaria.

Una vez que han hecho erupción los dientes primarios, las relaciones interproximales y oclusales no son estáticas, sino que cambian debido al crecimiento y desarrollo maxilofacial, que altera la relación de las bases maxilares, y al propio desgaste funcional de la dentición primaria.

Entre los 3 y 6 años, algunas características nuevas que no existían aparecen y otras se modifican a lo largo del tiempo. Es raro encontrar casos en que con el crecimiento del niño, pueden ocurrir tantos cambios y una biprotrusión maxilar desaparece o se camufla con un aspecto agradable de la cara cuando esta termina de

crecer sin hacer ningún tratamiento.

Hay que tener en cuenta que el niño no es una unidad fija en un estadio, es un organismo que está continuamente cambiando. Sus partes crecen a ritmos diferentes en el tiempo y muy pocas veces obedecen a leyes estadísticas.

En general, una dentición primaria normal permite al profesional ser más alentador sobre una dentición mixta y adulta en desarrollo. Los siguientes signos normales de una dentición primaria deben ser observados.

Dientes anteriores separados:

1. Espacios primates
2. Leve sobremordida y resalte.
3. Plano terminal recto.
4. Relación molar y canina de Clase I
5. Inclinação casi vertical de los dientes anteriores
6. Forma ovoide de los arcos.

2.2.15. Desarrollo y Crecimiento de la Dentición Permanente

La secuencia de erupción de los dientes permanentes puede chequearse con la ayuda de las tablas de la cronología de erupción de los dientes permanentes y es una herramienta útil para el ortodoncista y odontopediatra para evaluar la edad dental de un paciente. Como regla general, un diente debe erupcionar una vez que los dos tercios de su raíz estén formados. Los dientes permanentes erupcionan en dos etapas diferentes.

1. El primer período transicional ocurre entre las edades comprendidas entre 6 y 8 años y se sigue por un período intermedio de dos años aproximadamente.
2. El segundo periodo transicional comienza en promedio a la edad de 10 años y dura alrededor de 2 años. En general, los dientes erupcionan con antelación en las niñas que en los niños.

Al igual que en la dentición primaria, existe una gran variación individual en la cronología de la erupción de los dientes permanentes, el retraso o la anticipación de 12

meses a partir del promedio de la erupción de los dientes se encuentran todavía dentro del rango normal.

El primer período transicional, entre 6 y 8 años, puede ser dividido adicionalmente en tres etapas anuales.

A los 6 años erupcionan los primeros molares superiores e inferiores (también llamados molares de los seis años) y los incisivos centrales inferiores permanentes.

A los 7 años emergen y erupcionan los incisivos centrales superiores y laterales inferiores.

El primer período transicional se completa por la erupción de los incisivos laterales superiores a la edad de 8 años.

Para ese momento todos los incisivos superiores e inferiores permanentes y los primeros molares han erupcionado, para un total de 12 dientes permanentes.

El término dentición mixta se emplea para describir una dentición que contiene tanto dientes primarios como permanentes.

El segundo período transicional puede ser dividido en tres etapas anuales.

El primer período se caracteriza por la erupción de los caninos inferiores y los primeros premolares inferiores y superiores dentro del mismo marco del tiempo, alrededor de los 10% niños de edad.

Pronto es seguido por la erupción de los segundos premolares superiores e inferiores y generalmente un poco más adelante por los caninos superiores (a la edad de 11 años).

Los segundos molares (molares de los 12 años) completan el segundo período transicional a la edad de 12 años. La erupción de los terceros molares ocurre mucho más tarde con una variación individual considerable (rango entre 17-25 años).

2.2.16. Clasificación

Las ADM son muy variadas en cuanto a sus orígenes y manifestaciones clínicas. Para facilitar su estudio se han agrupado aquellas que presentan características

similares, surgiendo una serie de clasificaciones entre las que encontramos:

Permite el análisis sagital de las arcadas dentarias, tomando como punto de referencia fijo al primer molar permanente.

Complementa la clasificación de Angle ya que incluye, además de la relación entre las arcadas, a las malposiciones dentarias.

Clasificación de carácter tridimensional que permite relacionar los arcos dentarios mediante tres planos antropológicos, basados en puntos cefalométricos.

Se basa en la clasificación biogenética de Bonn, dividiendo las anomalías dentomaxilares en anomalías intermaxilares e intramaxilares. Esta última clasificación la que será tomada como referencia para el estudio de anomalías dentomaxilares analizadas en el presente trabajo de investigación. Solo serán descritas las anomalías intermaxilares dado que son las que se relacionan con los hábitos posturales de columna y mandíbula.

2.2.17. Anomalías Intermaxilares

En sentido transversal se considera oclusión normal cuando las cúspides palatinas de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales y triangulares de los molares y premolares inferiores (Canut; 2010).

La compresión corresponde a la falta de desarrollo transversal de uno o ambos maxilares. Es considerada una anomalía intermaxilar ya que afecta la relación entre ambos maxilares. Según el grado de compresión podemos encontrar una situación intermedia entre la oclusión normal y la mordida cruzada, donde no existe oclusión cúspide a fosa sino cúspide a cúspide, considerándose una mordida cruzada incompleta.

Si el grado de compresión es mayor, encontraremos una mordida cruzada posterior, uni o bilateral, en la cual las cúspides vestibulares de los molares y premolares superiores ocluyen en las fosas principales de los molares y premolares inferiores, y las piezas

inferiores desbordan lateralmente a las superiores (Ver figura 1). En las compresiones la consecuencia clínicamente relevante es la mordida cruzada. Por esta razón, en el presente trabajo serán consideradas anomalías en sentido transversal aquellas compresiones que se presenten con mordida cruzada posterior (Canut; 2010).

Las anomalías en sentido sagital pueden ser dentoalveolares o esqueléticas. Las primeras se deben a malposiciones de las piezas dentarias; mientras que las segundas corresponden a una discrepancia en el crecimiento anteroposterior de las estructuras que soportan los arcos dentarios (el complejo nasomaxilar y la mandíbula). De esta forma según la clasificación biogénica modificada, se distinguen como anomalías en sentido sagital las formas progénicas y las distooclusiones. (Canut; 2010).

Anomalía dentoalveolar en sentido sagital que afecta uno o dos incisivos, encontrándose éstos en mordida invertida respecto de sus antagonistas. En el examen funcional de máxima retrusiva, el paciente llega fácilmente al vis a vis.

Mordida invertida dentoalveolar de los cuatro incisivos, provocada por alguna interferencia al momento del cierre, generando una acomodación mandibular para lograr una oclusión más estable. En el examen de máxima retrusiva, el paciente llega fácilmente al vis a vis. No existen alteraciones esqueléticas ni musculares asociadas.

:

Mordida invertida dentoalveolar producto de la permanencia en el tiempo de una oclusión progénica forzada por acomodación sin alteración secundaria, pudiendo dar origen a un problema esquelético. En el examen de máxima retrusiva, el paciente llega con dificultad al vis a vis.

Alteración esquelética que determina una mordida invertida en todo el grupo anterior. En el examen funcional de máxima retrusiva, el paciente no logra llegar a vis a vis.

Mordida invertida producto de una alteración esquelética de la posición y/o tamaño del maxilar superior; estando la mandíbula en correcta posición y tamaño.

Maloclusión caracterizada por la relación distal de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior, tomando como referencia la cúspide mesiovestibular del primer molar superior. El surco del primer molar mandibular está situado por distal de ésta referencia. Esta maloclusión se puede presentar:

- Con Protrusión Frontal: Distocclusión caracterizada por el aumento del resalte, y por la proinclinación de los incisivos superiores.
- Con Retrusión Frontal: Distocclusión acompañada de un resalte disminuido, y en la cual la corona de los incisivos superiores se encuentra inclinada hacia lingual.
- Con Región Frontal Normal.

Anomalía en sentido sagital en la cual existe una relación distal de la mandíbula respecto al maxilar superior. Esto puede ser producto de un problema en la posición o tamaño de los maxilares:

a) Problemas de Posición:

- Maxilar superior normal con mandíbula retruída.
- Maxilar superior protruído con mandíbula normal.
- Combinación de ambos.

b) Problemas de Tamaño:

- Maxilar superior normal con mandíbula pequeña.
- Maxilar superior aumentado de tamaño con mandíbula normal.
- Combinación de ambos.

corresponde a la distancia anteroposterior que existe entre el borde incisal de uno de los incisivos centrales superiores, a la cara vestibular del correspondiente incisivo central inferior; estando las arcadas en oclusión. Su valor normal varía según la edad: A los 3 años: 2mm; A los 5 años: 0 a 1mm; A los 6 años y más: 2.5mm. Por esta razón, el resalte se puede encontrar: Normal: Valor según

edad; Aumentado: Valor mayor a lo normal según edad; Vis a Vis: Igual a cero; Invertido (Forma Progénica): Medida menor que cero.

El escalón u “overbite” se mide en la zona anterior y corresponde a la distancia vertical entre el borde incisal de los incisivos superiores y el borde incisal de los inferiores, estando las arcadas en oclusión. El valor normal del escalón dependerá de la edad del paciente: A los 3 años: Alrededor de 3mm; A los 5 años: 0 a 1mm; A los 6 años y más: 2.5mm. La relación encontrada podrá ser: Normal: Valor según edad; Vis a Vis: Igual a cero; Mordida Abierta: Medida menor que cero; Sobremordida: Valores mayores a lo normal según edad. Para este trabajo, se considerará la mordida abierta y mordida cubierta como las anomalías intermaxilares en sentido vertical.

La mordida abierta corresponde a una anomalía intermaxilar que se caracteriza por la falta de contacto evidente entre las piezas superiores e inferiores, que se manifiesta a nivel del grupo incisivo o de los segmentos posteriores de las arcadas, estando las arcadas en oclusión (Canut, 2010).

Se caracteriza por corresponder a una alteración de la estructura craneofacial, en la que se afectan las bases maxilares, en la cefalometría los planos palatino y mandibular se encuentran divergentes; presentar la línea gingival normal; existir un tope oclusal posterior: mordida abierta circular y presentarse generalmente en pacientes con biotipo dolicofacial.

Síndrome hereditario cuyo signo patognomónico es la inclinación del eje longitudinal de los incisivos superiores hacia palatino. Además, se acompaña de un buen desarrollo de los huesos basales, sobremordida, y en la mayoría de los casos los incisivos laterales se presentan alados (Canut; 2010).

El diente puede estar desplazado de su posición o inclinado en cualquiera de las direcciones posibles. Según Segura (s.f.) este desplazamiento puede ser:

- Hacia vestibular: vestibulo
- Hacia lingual: línguo

- Hacia mesial: mesio
- Hacia distal: disto
- Hacia apical: intra
- Hacia oclusal: extra

Los posibles movimientos o desplazamientos que pueden darse en los dientes son:

"desplazamiento" del eje longitudinal normal del diente; al menos un punto del eje longitudinal del diente ocupa su posición normal; el eje longitudinal del diente está inclinado. Si el extremo apical del diente, el ápice, permanece fijo, se produce una inclinación pura (distoversión, vestibuloversión...); si el extremo coronal del diente es el que permanece fijo se produce un movimiento de torque o torsión.

movimiento en masa del diente con variación de su posición; ningún punto del eje longitudinal del diente está en su posición normal. La inclinación de su eje puede ser normal.

giro del diente sobre un eje de rotación. Si el eje de rotación está en el centro de la corona, esto es, es el propio eje longitudinal del diente, se habla de rotación pura, y habrá que nombrar el movimiento efectuado por los dos márgenes distal y mesial (mesiovestibulodistolingüorotación). Si el eje de rotación está en el punto de contacto mesial la rotación podrá ser distolingual (distolingüorotación) o distovestibular (distovestibulorotación). Si el eje de rotación está en distal la rotación será mesiovestibulorotación o mesiolingüorotación.

La transposición dentaria puede ser definida como el cambio en la posición de 2 dientes adyacentes o no, especialmente con relación a sus raíces en el mismo cuadrante del arco dentario, que se desarrollan y erupcionan en posiciones invertidas y alteran la secuencia normal de la erupción.

2.2.18. Movilidad Dentaria

Un diente rodeado por periodonto normal puede ser movido en dirección horizontal y vertical y además puede ser forzado a realizar movimientos dentarios

rotacionales limitados. Clínicamente, la movilidad dentaria se evalúa aplicando una cierta fuerza a la corona y determinando la distancia que la corona puede ser desplazada en dirección vestibular o lingual o en ambas. La movilidad de un diente en dirección horizontal depende estrechamente de la altura del hueso de soporte circundante, del ancho del ligamento periodontal y también de la forma y cantidad de raíces presentes. (Lindle, 2015).

Si en la medición clínica tradicional de la movilidad dentaria se aplica una fuerza comparativamente grande a la corona de un diente rodeado por periodonto normal, el diente se inclinará dentro del alveolo hasta que se establezca un contacto estrecho entre la raíz y el hueso marginal o apical. La magnitud de este movimiento de inclinación, evaluado normalmente con la punta de la corona como punto de referencia, es conocida como “movilidad dentaria fisiológica”. (Lindle, 2015).

La valoración de la movilidad dental se realiza mediante la colocación de las puntas romas de dos instrumentos dentales en la superficie vestibular y lingual de mayor contorno del diente y se aplica fuerza en dirección vestibulo –lingual. La movilidad horizontal se evalúa al comparar un punto fijo del diente contra uno del diente adyacente. Según Genco, Goldman. y Cohen (2011), se tienen tres clases de movilidad:

- Clase I: movilidad menor de 1 m.m.
- Clase II: movilidad de 1 a 2 m.m.
- Clase III: movilidad mayor de 2 m.m.

2.2.19. Dientes Supernumerarios

Según Segura (s.f.), no suelen ser hereditarios. Son más frecuentes en maxilar superior que en mandíbula, sobre todo en la región incisiva. Hay tres tipos:

- 1) diente extra de morfología normal. Causa apiñamientos.
- 2) corona cónica y raíz más pequeña de lo normal. El más frecuente se localiza en la premaxila y se conoce como mesiodens. En el 75% no erupciona; produce diastemas interincisivos, y en el 25% impiden la erupción de los

centrales normales.

3) es el diente invaginado, en la cara palatina de los centrales superiores; también el tubérculo paramolar y el distomolar.

2.3. Definición de Términos Básicos

Cepillado: El cepillado dental es el método de higiene que permite quitar la placa bacteriana de los dientes para prevenir problemas de caries dentales o de encías.

Malposición dental. Consiste en una desviación de la correcta oclusión (o cierre) dental.

Maxilares: El hueso maxilar (denominado también maxilar o maxilar superior) es un hueso del cráneo, par, de forma irregular cuadrilátera. Es el hueso más importante del viscerocráneo

Materia Alba. Es una película transparente, incolora, sin sabor, que se adhiere a la superficie dental y facilita la proliferación de microorganismos.

Oclusión dental: se refiere a las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción.

Periodonto. Conjunto de tejidos que van a proporcionar el sostén necesario para los dientes, estos son: Encía, ligamento periodontal, cemento radicular y hueso alveolar. El periodonto forma parte del sistema masticatorio o estomatognático.

Placa bacteriana. Es una acumulación heterogénea de una comunidad microbiana variada, aerobia y anaerobia, rodeada por una matriz intercelular de polímeros de origen salival y microbiano.

Sobremordidas: Se define sobremordida como la cantidad de incisivos inferiores que es cubierta por los incisivos superiores en su cara vestibular.

Sincondrosis. Unión de dos huesos mediante una sutura de tipo cartilaginosa.

Submordida: Los dientes inferiores se extienden excesivamente hacia delante o bien los superiores se posicionan muy hacia atrás.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presentan aquellos aspectos o lineamientos metodológicos que respaldan la investigación. Para ello es necesario establecer una metodología que permita lograr los resultados deseados por el investigador. Al respecto, Arias (2012:110) señala que “la metodología del proyecto incluye el tipo o tipos de investigación, las técnicas y los instrumentos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Es el "cómo" se realizará el estudio para responder al problema planteado”. Por ello, en éste capítulo se puntualizó la metodología y planificación que requirió la elaboración de esta investigación, abarcando aspectos como el tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como las técnicas de análisis de las mismas.

3.1. Tipo y Diseño de Investigación

3.1.1. Tipo de Investigación

La presente investigación se abordó bajo la modalidad de investigación descriptiva, la cual es definida por Méndez (2011:137), “el estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y describe y comprueba la asociación entre variables de investigación”. Por lo tanto, se describen las características del fenómeno tal como se presentan en la realidad, interpretando correctamente los eventos y situaciones originadas en los pacientes infantiles que acuden a la Clínica del Niño y del adolescente III de la Universidad José Antonio Páez.

3.1.2 Diseño de Investigación

El presente estudio está enmarcado en un diseño de campo, el cual es definido por Arias (2012:31), como “aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios) es decir, el investigador obtiene la información pero no altera las condiciones existentes”. En otras palabras, es la búsqueda de la información directamente de la fuente, lo que permitirá observar el objeto de estudio y obtener datos de fuente directa donde se desarrolla la problemática existente.

3.2 Población y Muestra

Una de las claves del conocimiento científico es el poder corroborar los resultados, de allí la existencia de patrones que sean aplicables en uno o más casos similares o iguales. En este sentido, una investigación puede tener el propósito el estudio de un conjunto de, objetos, individuos, e incluso documentos. La población es el conjunto total finito, infinito de elementos o unidades de observación que se consideran en un estudio. Por otra parte, debe estar constituida por características o extractos que les permitan distinguir unos de los otros.

Según Tamayo y Tamayo (2012:82), define la población como la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de la población poseen una característica en común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. La población de estudio estuvo conformada por los pacientes infantiles entre 5 y 13 años de edad que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente III de la Universidad José Antonio Páez del municipio San Diego Estado Carabobo en el periodo Julio- Octubre del 2017.

En cuanto a la muestra, es la cuota parte o parte de la población seleccionada para aplicar el estudio y de allí establecer una generalización sobre la misma. Según Balestrini (2012), “es una parte de la población, o sea, un número de individuos u

objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo” (p.138).Debido a las características de la población, se utilizó el muestreo intencional u opinático, definido por Arias (2012:83), como aquel donde “los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador”. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta niños y niñas con alteración de los tejidos periodontales, aquellos que presentaron alguna maloclusión y de igual forma pacientes sin patologías periodontales, ni alteraciones oclusales, es decir, pacientes sanos que acuden a la Clínica del Niño y del adolescente III de la Universidad José Antonio Páez durante el periodo julio- octubre del 2017.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Una vez efectuada la operacionalización de las variables y definidos los indicadores, se seleccionan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, para responder las interrogantes formuladas. Según Arias (2012), “Se entenderá por técnica de investigación, el procedimiento o forma particular de obtener datos o información” (p.67).

Ahora bien, es de saberse que cada diseño de investigación, ya sea documental o de campo, requiere de una o más técnicas para su aplicación, pueden ser Análisis documental o de contenido, así como de observación, entrevista, y/o encuestas, dependiendo sea el caso, todas conducen a la obtención de información; la cual debe ser guardada para su posterior análisis e interpretación, a dicho soporte se le denomina instrumento.

Con respecto a lo planteado anteriormente, el diseño de campo a utilizar fuéla técnica de observación directa para obtener datos o información del proceso en estudio directamente de los pacientes. Según Palella y Martins (2010:118), “la observación es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar”. Cada uno de los pacientes, la cual consiste en

visualizar o captar mediante la vista, de forma sistemática, los hecho o fenómeno que se produzca en ellos, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos.

Como instrumento de recolección de datos se utilizó Notas de Campo o Ficha de Registro, que según Rojas (2010), permiten registrar las observaciones efectuadas durante la investigación, destacando las patologías observadas durante la observación directa, donde estarán reflejadas las variables del estudio. (Ver Anexo A).

3.4. Validez del Instrumento

La validez del instrumento garantiza que los resultados no estén viciados ni adulterados, y que se pueda comprobar su exactitud de forma tal que puedan compararse é interrelacionarse con la realidad de la cual fueron extraídos los datos. Para ello fue sometido a una revisión y validación por parte de 3 expertos en el área, con el objeto de determinar la pertinencia de sus objetivos, indicadores, variables, así como los tipos y redacción de preguntas formuladas. (Anexo B).

3.5. Presentación y Análisis de los Datos Recolectados

Una vez sea concluida la fase de recolección de los datos, se procedió a realizar un análisis cuantitativo y posterior interpretación de los datos obtenidos al respecto. Cabe destacar que una vez obtenidos los resultados se aplicó como técnica el análisis cuantitativo, el cual según Sabino (2014), es una técnica que:

Se efectúa naturalmente, con toda la información numérica resultante de la investigación. Ésta, luego del procesamiento que se le habrá hecho, se presentará como un conjunto de cuadros, tablas y medidas, las cuales se les ha calculador sus porcentajes y presentado convenientemente. (p.198)

Asimismo, es necesario señalar el uso de la estadística descriptiva, sobre lo cual Arias (2012), señala que “es el conjunto de técnicas y medidas que permiten caracterizar y condensar los datos obtenidos” (p.103), lo anterior, permite afirmar que los resultados fueron analizados una vez realizada la respectiva tabulación de los mismos.

3.6. Sistema de Variables

Arias (2012), señala que “Una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios” (p.43). Sin embargo, la operacionalización es el proceso de llevar una variable desde un nivel abstracto a un plano más concreto, su función básica es precisar al máximo el significado que se le otorga a una variable en un determinado estudio, también debemos entender el proceso como una forma de explicar cómo se miden las variables que se han seleccionado. A continuación se expone el cuadro de operacionalización de las variables del presente estudio, las cuales sirvieron de punto central de los objetivos que se deberán desarrollar y cumplir, para dar respuesta al objetivo general que enmarca esta investigación (Ver Anexo N°1).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación y Análisis de los Resultados

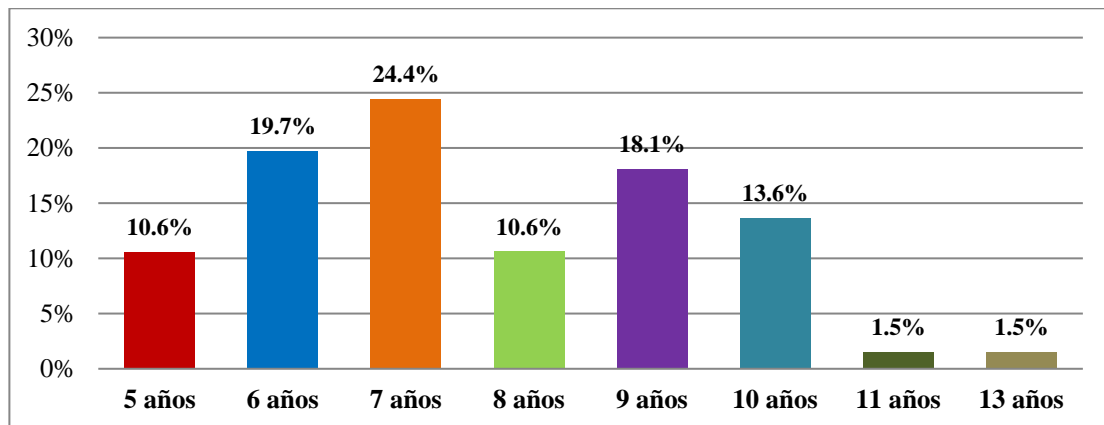
A continuación, se muestran los resultados de las variables estudiadas, presentándose los mismos en gráficos donde se reflejen los porcentajes.

Edad de la Muestra

Tabla N° 1
Distribución por Edad

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5	7	10,6
6	13	19,7
7	16	24,4
8	7	10,6
9	12	18,1
10	9	13,6
11	1	1,5
13	1	1,5
TOTAL	66	100%

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)



Distribución por Edad. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

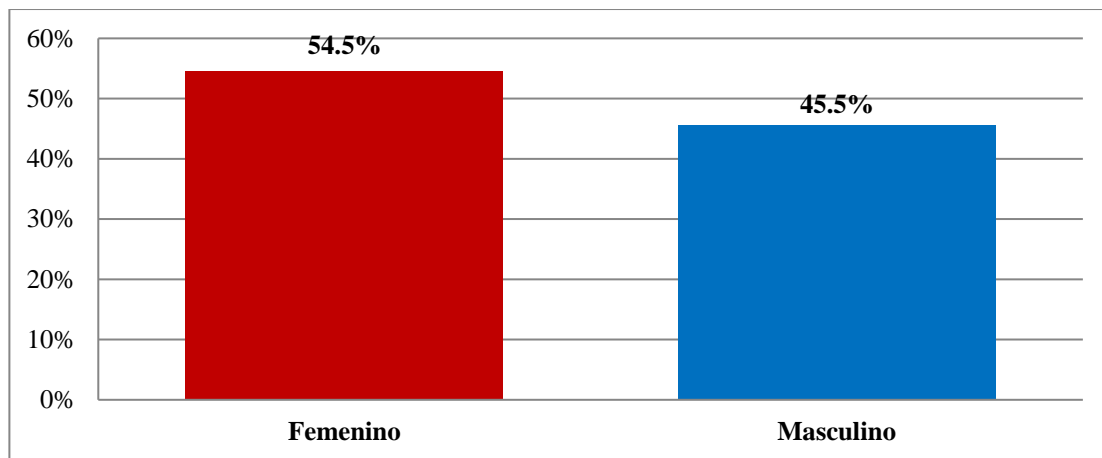
Análisis: En el Gráfico 1 se expone la distribución por edad, donde se reporta mayor frecuencia a los 7 años de edad con 24,4% (n=16), 6 años 19,7% (n=13), 9 años 18,1% (n=12), 10 años 13,6% (n=9), 5 y 8 años 10,6% (n=7) respectivamente, 11 y 13 años 1,5% (n=1) cada edad. Estos resultados difieren de lo reportado por Arana y Alemán (2015) donde la mayor frecuencia se presentó con 18,1% en los pacientes con 11 años de edad.

Sexo de la Muestra

Tabla N° 2
Distribución por Sexo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	36	54,5
Masculino	30	45,5
TOTAL	66	100%

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)



Distribución por Sexo. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

Análisis: En el Gráfico 2 se evidenció que los individuos fueron predominantemente del género femenino (54,5%), con una edad media de $7,62 \pm 1,770$ años, mínimo de 5 y máximo de 13, siendo este resultado contrario al arrojado

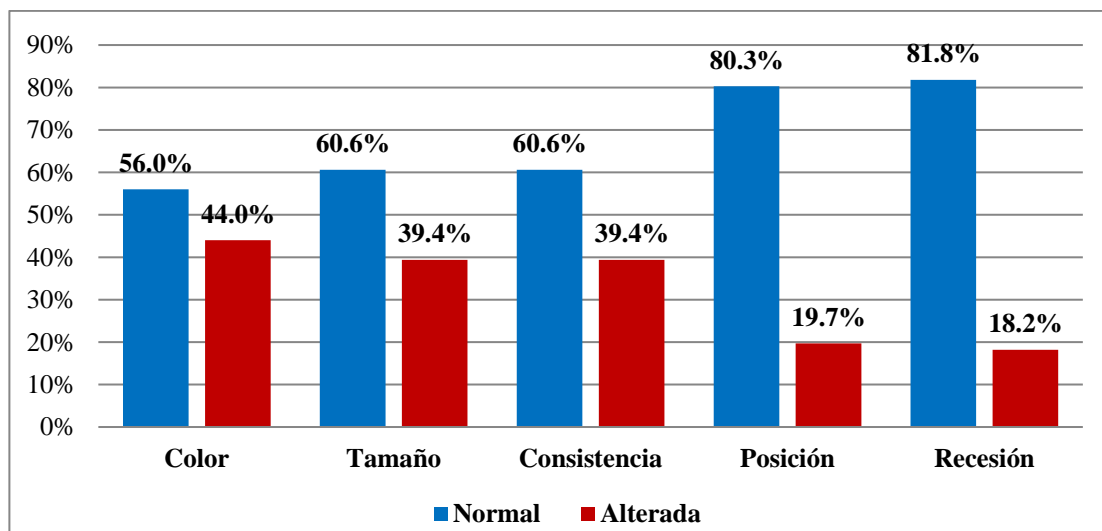
por Fajardo y González (2017) quienes reportaron la mayor frecuencia en el género Masculino con 51%, al igual que Pincheira . (2016) que presentó 60% de la población del sexo Masculino.

Características Periodontales

Tabla N° 3
Características Periodontales

CARACTERÍSTICAS PERIODONTALES	Alternativas de Respuesta				TOTAL	
	Normal		Alterada		f	%
	f	%	f	%		
Color	37	56,0	29	44,0	66	100
Tamaño	40	60,6	26	39,4	66	100
Consistencia	40	60,6	26	39,4	66	100
Posición	53	80,3	13*	19,7	66	100
Recesión	54	81,8	12	18,2	66	100

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017). * Posición Aumentada.



Características Periodontales. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

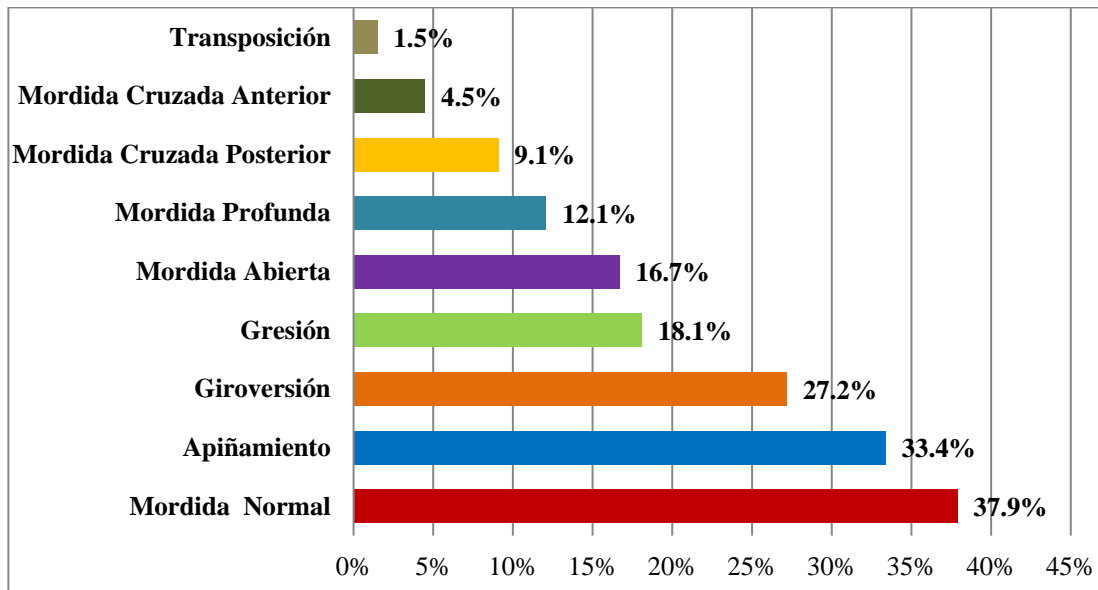
Análisis: En el Gráficos 3 se agrupan los datos relacionados con las características periodontales de la muestra, donde se reporta que 44% (n=2) presentaron alteraciones en el color, 39,4% (n=26) en tamaño y consistencia, 19,7% (n=13) presentaron posición aumentada y 18,2% (n=12) recesión, difiriendo estos resultados con el estudio realizado por Arana y Alemán (2015), quienes reportaron una desviación normal en el 42% de los infantes.

Maloclusiones

Tabla N° 4
Maloclusiones

MALOCLUSIONES	Alternativas de Respuesta				TOTAL	
	SI		NO		f	%
	f	%	F	%		
Mordida Normal	25	37,9	41	62,1	66	100
Apiñamiento	22	33,4	44	66,6	66	100
Giroversión	18	27,2	48	72,8	66	100
Gresión	12	18,1	54	81,9	66	100
Mordida Abierta	11	16,7	55	83,3	66	100
Mordida Profunda	8	12,1	58	87,9	66	100
Mordida Cruzada Posterior	6	9,1	60	90,9	66	100
Mordida Cruzada Anterior	3	4,5	63	95,5	66	100
Transposición	1	1,5	65	98,5	66	100

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017). Nota: Varios pacientes presentaron más de una maloclusión a la vez.



Maloclusiones. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

Análisis: En el Gráficos 4 se agrupan los datos relacionados con las maloclusiones presentes en la muestra, donde se observa que 37,9% (n=25) mordida normal, 33,4% (n=22) apiñamiento, 27,2% (n=18) giroversión, 18,1% (n=12) gresión, 16,7% (n=11) mordida abierta, 12,1% (n=8) mordida profunda, 9,1% (n=6) mordida cruzada posterior, 4,5% (n=3) mordida cruzada anterior y 1,5% (n=1) transposición. Estos resultados difieren del estudio de Arana y Alemán (2015) quienes reportan 11,9% en el Mordida Cruzada Anterior. Así mismo, se presenta un alto porcentaje de Apiñamientos que contradice lo reportado por Pincheira (2016) quienes reportaron 15,5% de pacientes con apiñamiento, y concordando con Arana y Alemán (2015) que reportan 55,4% de apiñamiento en los pacientes. De igual manera, se observa una Gresión de 18,1% y Giroversión de 27,2%, datos que no fueron estudiados en ninguno de las investigaciones revisadas.

Con respecto a las maloclusiones, Arana y Alemán (2015) señalan que es un problema que puede llegar a afectar de diferentes maneras la calidad de vida de una persona, provocando no solo efectos físicos sino que también psicológicos, principalmente en niños y adolescentes pudiendo llegar a producir baja autoestima y

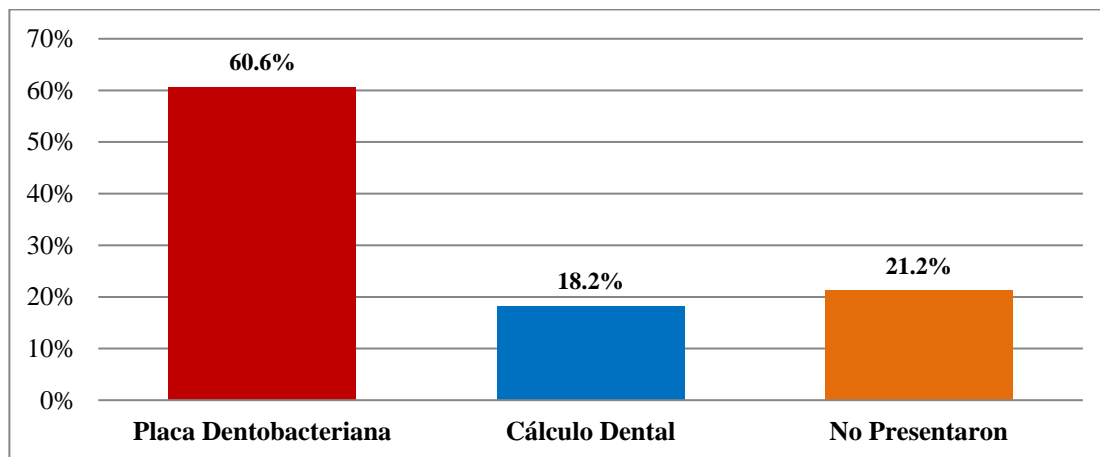
alterar las relaciones personales. Además, la necesidad de conocer los signos de los diferentes tipos de maloclusiones radica en el hecho de poder identificarlos tempranamente, lo abre un abanico de opciones en cuanto a ortodoncia interceptiva, que permitirá el empleo de tratamientos más sencillos y de menor costo en comparación con el tratamiento de ortodoncia correctiva.

Alteraciones Periodontales

Tabla N° 5
Distribución por Alteraciones Periodontales

ALTERACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Placa Dentobacteriana	40	60,6
Cálculo Dental	12	18,2
No Presentaron	14	21,2
TOTAL	66	100%

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)



Alteraciones Periodontales. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

Análisis: En el Gráficos 11 se agrupan los datos relacionados con las alteraciones periodontales presentes en la muestra, donde se evidenció que 60,6% (n=40) presentaron placa dentobacteriana, 21,2% (n=14) cálculo dental y 108,2% (n=12) no presentaron alteraciones, lo cual difiere del estudio de Espinoza (2012) donde se reportó mayor

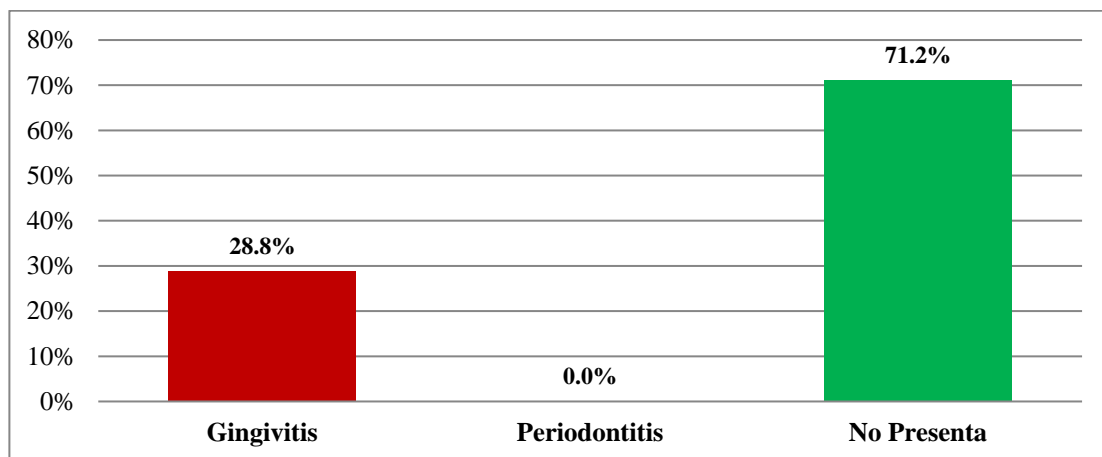
frecuencia en cálculo dental (32,6%). Al respecto, Chavarro, Cortes y Sierra (s.f.) consideran como factores de riesgo de placa dentobacteriana la higiene bucal, fluoruro en placa, transmisibilidad, características físicas de los alimentos, frecuencia de ingestión, despeje bucal del alimento, entre otros. Por su parte, Newman, Takei y Carranza (2014) afirman que la salud periodontal es un estado de equilibrio, cuando la población de bacterias que interactúan con el huésped y no hay daño irreparable de las mismas ni de los tejidos del huésped.

Diagnóstico Periodontal

Tabla N° 6
Diagnóstico Periodontal

DIAGNÓSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gingivitis	19	28,8
Periodontitis	0	0,0
No presenta	47	71,2
TOTAL	66	100%

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)



Diagnóstico Periodontal. Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

Análisis: En cuanto al Diagnóstico Periodontal, el estudio reportó Gingivitis en 28,8% (n=19), el restante 71,2% (n=47) no presentaron enfermedad

periodontal, lo cual concuerda con el estudio de Meléndez et al (2017) donde tres cuartos de la muestra no presentaron enfermedad periodontal. Al respecto, Carranza y Sznajder (2014) señalan que la gran mayoría de los casos de inflamaciones gingivales son causados por la acumulación de desechos gravemente infectados de la superficie de la pieza en el borde formado por el margen gingival, por ello se deben reducirse o eliminarse todos los factores que contribuyen a la acumulación de material en la superficie dental. Las causas más comunes son: mal alineamiento dental, maloclusión, posición de boca abierta, caries dental e higiene bucal defectuosa.

Relación entre respuestas periodontales y maloclusiones

Tabla 7
Relación entre respuestas periodontales y maloclusiones

Maloclusiones		Alteraciones Periodontales
Apiñamiento	Coeficiente de correlación	0,350
	Sig. (bilateral)	0,004
	N	66

Fuente: Márquez, M. y Restani, A. (2017)

Análisis: En la Tabla 7 se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre Apiñamiento y Alteraciones Periodontales a un nivel de significancia de $P=0,01$. No existe una relación estadísticamente significativa entre las demás maloclusiones presentes en los pacientes. Con respecto a esto, Espinoza (2012) afirma que este indicador en estudios más amplios permitiría visibilizar de forma rápida y efectiva las condiciones de salud bucal de los niños venezolanos, para poder actuar, en consecuencia, en la disminución de las patologías predominantes; lo cual puede requerir no sólo de acciones curativas, sino que debe complementarse con programas educativos dirigidos especialmente a los niños de las escuelas públicas y privadas, así como sus familias.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

Una vez recogidos y analizados los datos del presente estudio, y tomando en cuenta los objetivos planteados, se obtienen las siguientes conclusiones:

En relación al objetivo determinar las características periodontales en pacientes infantiles con maloclusión, se logró evidenciar que la mayoría de los pacientes infantiles presentan color, tamaño, consistencia y posición normal, así como un porcentaje bajo de recesión. De igual manera, se determinó un alto porcentaje de placa dentobacteriana y Gingivitis en la muestra estudiada.

Al respecto, es necesario señalar que la enfermedad periodontal es igualmente multifactorial su prevalencia y gravedad varía en función a factores sociales, ambientales, enfermedades bucales y generales y particularmente a los malos hábitos de higiene oral. Los estados sistémicos que influyen sobre la enfermedad periodontal incluyen las anormalidades hormonales, hematológicas, intoxicaciones, las alteraciones metabólicas y hereditarias, enfermedades debilitantes y las anormalidades emocionales. Así mismo, se puede decir que la gingivitis es la forma más común de la enfermedad periodontal, la inflamación casi siempre aparece en todas las formas de enfermedad gingival dado que la placa es la causante de la inflamación, manifestándose por el cambio de color y textura de la encía, al cabo de unos días hay franca inflamación y tendencia al sangrado.

Con respecto al objetivo identificar los tipos de maloclusión dental en los pacientes infantiles., se observó que la mayor prevalencia fue en mordida normal, apiñamiento, giroversión y gresión. Cabe destacar que la maloclusión es una enfermedad multifactorial de origen genético y ambiental que afecta la estética del paciente además de la fonética, la masticación y la deglución siendo importante su

temprano diagnóstico y tratamiento para evitar enfermedades como la caries y enfermedad periodontal.

Además, esto es explicable ya que a temprana edad se inicia el período de dentición mixta y en un gran porcentaje de los casos no se encontraban erupcionados los incisivos superiores e inferiores. Esta situación podrá enmascarar una mayor frecuencia de mordida abierta y resalte aumentado, especialmente en casos donde hay malos hábitos presentes, en los que la maloclusión será evidente cuando el grupo incisivo se encuentre erupcionado. También es posible que la educación sobre malos hábitos realizada en los controles odontológicos de niño sano a los 2 y 4 años está mostrando una repercusión positiva en las nuevas generaciones, disminuyendo la frecuencia de estas maloclusiones.

Para ello, es necesario enfocar los estudios en edades tempranas dado que permite la detección precoz de anomalías dentomaxilares permitiendo la aplicación de medidas preventivas e interceptivas que contribuyen a limitar su progresión. No obstante, un tratamiento temprano puede ser efectivo en situaciones específicas, pero debe decidirse de acuerdo al caso.

En cuanto al objetivo relacionar las respuestas periodontales en pacientes infantiles con las maloclusiones, se pudo observar que solo existe una relación estadísticamente significativa entre Apiñamiento y Alteraciones Periodontales a un nivel de significancia de $P=0,01$, no existe una relación estadísticamente significativa entre las demás maloclusiones que presentaron los pacientes.

Para finalizar, deseamos señalar que con el presente estudio se espera que la Universidad José Antonio Páez tome medidas preventivas y correctivas para dar solución a las maloclusiones que presentan los pacientes infantiles que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente III.

5.2. Recomendaciones.

Realizar investigaciones sobre la prevalencia de las enfermedades periodontales, para ver la prevalencia y establecer un plan de tratamiento a temprana edad.

Desarrollar modelos de atención con programas preventivos – interceptivos a nivel interinstitucional que conlleve a desarrollar medidas que ayuden a reducir la prevalencia de las enfermedades bucales.

Desarrollar programas educativos para los padres de familia y/o representantes de los pacientes infantiles para poder enseñarles sobre las medidas de higiene y de prevención de salud oral.

Realizar estudios posteriores para medir la incidencia de las enfermedades bucales en la población estudiada.

REFERENCIAS

- Arana G. y Alemán F. (2015) **Maloclusión dental en escolares de 6 a 12 años del Colegio Guardabarranco. Segundo semestre del año 2014.** Trabajo de Grado. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
- Arias, F. (2012) **El Proyecto de Investigación.** Caracas: Editorial Episteme.
- Balestrini, M. (2012). **Cómo se Elabora un Proyecto de Investigación.** Caracas Venezuela. BL Consultores Asociados.
- Bennett, J. (2012). **Ortodoncia pediátrica.** Editorial Universitaria Santiago Chile.
- Betancourt, O. (2016). **Estudios Odontológicos.** Trabajo de Grado, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela.
- Boj, J., Catalá, M., García, C., Mendoza, A. y Planells, P. (2010) **Odontopediatría. La evolución del niño al adulto joven.** Ed. Ripano
- Bordoni, N., Escobar, A. y Castillo, R. (2010) **Odontología Pediátrica.** Caracas: Editorial Médica Panamericana.
- Chavarro, O., Cortes, E. y Sierra R. (s.f.) **Caries del lactante y su verdadero significado para el médico y el odontólogo. Posibles factores asociados.** Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatria/vp-351/pediatria35100caries/>
- Canut, J. (2010) **Ortodoncia Clínica y Terapéutica.** 2da ed. Barcelona: Masson-Salvat.
- Carranza, F. y Sznajder, N. (2014) **Compendio de Periodoncia.** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Carvajal, M. (2010). **Objetivos del tratamiento en la dentición primaria.** Acta Odontológica Venezolana, 48(3), 15.
- Da Silva, L (2008) **Tratado de Odontopediatría.** Tomo 2. Caracas: Editorial Amolca.
- Eley, B., Soory, M. y Manson, J. (2011) **Periodoncia.** 6ta Edición. España: Elsevier.
- Espinoza, N., Salas, M., Ablan, L. y Simancas, Y. (2012) **Estado de salud bucal en niños de instituciones educativas públicas y privadas del Municipio Libertador, Merida-Venezuela.** Acta Bioclínica, Volumen 2, N°4; 28-43.

- Fajardo y González (2016) **Prevalencia de maloclusiones dentales en escolares de 12 años en Monay-Cuenca 2016**. Trabajo de Maestría. Postgrado de Ortodoncia. Universidad Católica de Cuenca, Ecuador.
- Genco, R., Goldman, H. y Cohen, W. (2011) **Periodontics: Medicine, Surgery and Implants**. Missouri:ElsevierMosby,
- Koch, Moldeer, Poulsen, Resmuseen (2011) **Odontopediatria. Enfoque Clínico**. México: Editorial Panamericana.
- Lindle, J. (2015) **Periodontología clínica e Implantología Odontológica**. 4ta. Edición. México: Editorial Panamericana.
- Echarri, P. (2008) **Tratamiento Ortodóntico y Ortopédico de primera fase en la dentición Mixta**. España: Ripano.
- Medina. (2012). **Mal oclusión en infantes**. Revista odontológica colombiana, 27-28.
- Meléndez, M., Merlín,M. y Acosta, M. (2017) **Gingivitis en pacientes pediátricos respiradores bucales**.Trabajo de maestría. Postgrado de Odontopediatria. Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Méndez C. (2011). **Metodología. Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación**. 4ta Edición. Editorial McGraw Hill.
- Newman, M., Takei, H.y Carranza, F. (2014) **Periodontología Clínica. Caracas**: Editorial Almoca.
- Organización Mundial de la Salud (2017) **Salud Bucodental**.Artículo en línea. Disponible en: http://www.who.int/topics/oral_health/es/Consultado: 20/06/2017
- Organización Mundial de la Salud (2017) **¿Cómo define la OMS la salud?** Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>Consultado: 20/06/2017
- Pincheira, G., Thiers, L., Bravo, S. yOlave, C. (2016)**Prevalencia de maloclusiones en escolares de 6 y 12 años de Choshuenco - Neltume, Chile**. Int. J. Med. Surg. Sci., 3(2):829-837, 2016.
- Rosselli, P. (2012) **Ortopedia Infantil**. México: Editorial Paramericana.
- Sabino, C. (2014). **Cómo elaborar una tesis y elaborar todo tipo de escritos**. Bogotá: Panamericana.

Sano, S. (2004) **Ortodoncia en la dentición decidua**.Caracas: Editorial Amolca.

Saturno, L. (2007) **Ortodoncia en Dentición Mixta**. Caracas: Editorial Amolca.

Segura, J. (s.f.) **Maloclusiones y Análisis Cefalométrico. Apuntes de Ortodoncia I**. Documento en línea. Universidad de Sevilla. Disponible en: [http://personal.us.es/segurajj/documentos/Articulos%20Maxillaris-Gaceta-Apuntes%20etc/ORTODON.htm#IndiceConsultado: 20/06/2017](http://personal.us.es/segurajj/documentos/Articulos%20Maxillaris-Gaceta-Apuntes%20etc/ORTODON.htm#IndiceConsultado:20/06/2017)

Tamayo, M. (2012). **El Proceso de la Investigación Científica**, México: Limusa, Noriega Editores.

Vellini, F. (2004) **Ortodoncia Diagnóstico y Planificación clínica**.Artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO A

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLE

TITULO: INFLUENCIA DE LA MALOCLUSIÓN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ

OBJETIVO: Demostrar la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales de los pacientes infantiles entre 5 y 13 años que acuden a la clínica del niño y el adolecente III de la Universidad José Antonio Páez del Municipio San Diego Estado Carabobo en el periodo Julio- Octubre del 2017.

Objetivo	Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	ITEM
Demostrar la influencia de la maloclusión en los tejidos periodontales de los pacientes infantiles	Maloclusiones dentales	Cualquier grado de contacto irregular de los dientes del maxilar superior e inferior	Tipos Maloclusiones	Mordida Abierta Mordida Profunda Mordida Cruzada anterior Mordida cruzada posterior Giroversión Gresión Apiñamiento Trasposición Clasificación	1.
	Alteraciones periodontales	Alteración del equilibrio de las bacterias que habitan en la boca y la acumulación del oral (placa bacteriana) pueden producir la inflamación y el sangrado.	Irritantes Locales Características de la encía	Placa dentobacteriana Calculo Color Tamaño Consistencia Posición Condición Cresta Alveolar	2.
	Enfermedad Periodontal	Interacción entre el agente causal, en este caso bacterias específicas de la placa dental, y los tejidos del huésped, que afectan al periodonto.	Diagnostico Periodontal	Gingivitis Periodontitis	3.

Fuente: Márquez M. y Restani M. (2017)

ANEXO B

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

A continuación se le presenta una serie de preguntas, para la recolección de datos de cada historia clínica, para ello es necesario llenar los datos que se piden, así también sírvase marcar con una X en una de las alternativa que se le presentan.

Historia Clínica N° _____ Año: 2017

Paciente: _____ Sexo: F M

Edad: _____

1. Tipo de Maloclusión

Mordida Abierta Mordida Profunda

Mordida Cruzada Anterior Mordida Cruzada Posterior

Giroversión ón

Apiñamiento Transposición

2. Alteraciones Periodontales

Irritantes Locales:

Placa Dentobacteriana Calculo Dental

Características Periodontales :

Color: _____

Tamaño: _____

Consistencia: _____

Posición: _____


Condición Cresta Alveolar: _____

3. Diagnostico Periodontal

Gingivitis Perí ntitis

ANEXO C

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO: *INFLUENCIA DE LA MANIPULACIÓN EN LOS TIPOS FISIOMÉTRICOS DE LOS PRÓTESIS DENTALES QUE SE USAN A CORTA Y A LARGO PLAZO EN EL AMBIENTE DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ.*

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (rotación)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecua do	Inadecua do	Adecua do	Inadecua do	Adecua do	Inadecua do	Dejar	Modifi car	Quita r
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

AL TORNAR: *Martín María, Gabriela, Beatriz María, Gabriela*

OBSERVACIONES: _____

VALOR DE INSTRUMENTO: _____

APLICABLE: NO APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido <i>Nora de Kiani</i>	C.I. <i>3990402</i>	Firma <i>AKB</i>
Profesión <i>ODONTÓLOGA</i>	Nivel Académico <i>Ortopedia y Odontología dental dentofacial Diseño y elaboración Quirúrgica</i>	Fecha <i>6/10/17</i>



UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGIA
 CARRERA DE ODONTOLOGIA

FORMATO PARA LA VALIDACION DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TITULO DEL TRABAJO: "INFLUENCIA DE LA MALOCLUSION EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE III DE LA UNIVERDAD JOSE ANTONIO PAEZ"

AUTORES: Márquez Marie Gabriela y Restani María Antonella

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		

OBSERVACIONES: _____

VALIDEZ

DE INSTRUMENTO:

APLICABLE: _____ NO APLICABLE: _____

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES: _____

DATOS DEL EXPERTO

Nombre y Apellido	C.I	Firma
<i>Blasquez y Gomez</i>	<i>V-7701571</i>	<i>[Firma]</i>
Profesión	Nivel Académico	Fecha
<i>Odontólogo</i>	<i>4^{to} Nivel</i>	<i>5/10/2017</i>



UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
 CARRERA DE ODONTOLOGÍA

PARA LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DEL TRABAJO: "INFLUENCIA DE LA MALOCCLUSIÓN EN LOS TEJIDOS PERIODONTALES DE LOS PACIENTES INFANTILES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE III DE LA UNIVERSIDAD JOSÉ ANTONIO PÁEZ."

CRITERIOS	PERTINENCIA (Oportunidad Conveniencia)		CLARIDAD (redacción)		COHERENCIA (Correspondencia)		DECISIÓN		
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Dejar	Modificar	Quitar
1	✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

AUTORES: Márquez Marie Gabriela y Restani Maria Antonella

OBSERVACIONES:

APLICABLE NO APLICABLE VALIDEZ DE INSTRUMENTO
 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

DATOS DEL EXPERTO		
Nombre y Apellido	C.I. 5381848	Firma <i>Lefufabrey</i>
Profesión <i>Odontólogo</i>	Nivel Académico <i>Especialización Educ. Superior</i>	Fecha <i>6-10-17</i>